

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ESTUDO EXPLORATÓRIO ACERCA DAS CRENÇAS SEXUAIS E DOS
PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS EM HOMENS COM CANCRO DA
PRÓSTATA**

Margarida Vanessa de Almeida Rodrigues

Outubro 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre (FPCEUP) e co-orientada pela Professora Doutora Ana Luísa de Matos Dias Quinta Gomes (Investigadora do SexLab, FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Aos meus orientadores Prof.º Dr.º Pedro Nobre e Prof.ª Dr.ª Ana Quinta Gomes, pelo apoio constante e supervisão ao longo deste percurso e por me mostrarem a importância do rigor na investigação. Sem dúvida que foram um pilar fundamental para a concretização deste trabalho. Ao professor Pedro Nobre pelo acolhimento, pela oportunidade de aprendizagem, pelo incentivo e pelas sugestões fornecidas. À Dr.ª Ana Quinta Gomes pelo incentivo constante, pela empatia transmitida, pela sensibilidade e pelo encorajamento. Muito obrigada! A ambos agradeço esta enorme oportunidade de crescimento, acima de tudo, pessoal.

À equipa do SexLab, pela integração e pelo apoio e sugestões fornecidas. À Inês Tavares e à Raquel Pereira, pela prontidão para responder às minhas dúvidas.

À minha família pelo incentivo constante, pelas palavras de motivação e encorajamento e pela confiança depositada.

A ti, Filipe, acima de tudo, obrigada por acreditares em mim e por nunca me deixares desistir. És um privilégio na minha vida.

Agradeço ainda a todos os que se disponibilizaram para a divulgação do estudo e acima de tudo aos participantes. Sem eles a concretização do projeto não seria de facto possível.

Para ti, pai, dedico esta dissertação, porque consegui!

Resumo

O cancro da próstata é considerado, em Portugal, o mais frequente no homem e o segundo com maior taxa de mortalidade. Quando diagnosticado precocemente, fornece ao indivíduo uma percentagem significativa de sobrevivência, porém, quando sujeito a tratamentos, este depara-se com efeitos secundários que poderão perdurar na sua vida, sendo o mais nefasto a alteração do seu funcionamento sexual, nomeadamente a disfunção erétil, afetando a sua qualidade de vida. Segundo estudos realizados, os fatores cognitivos, nomeadamente as crenças sexuais disfuncionais e os pensamentos automáticos, apresentam-se como fatores de vulnerabilidade em homens com funcionamento sexual disfuncional. No entanto, até ao momento não existem estudos que se tenham debruçado no papel que os fatores cognitivos poderão apresentar no funcionamento sexual de homens com cancro da próstata.

Assim sendo, o presente estudo que contou com a participação de 45 homens diagnosticados com este tipo de cancro e que se encontravam em tratamento ou sob vigilância, teve como objetivo avaliar se os fatores cognitivos se constituíam como preditores significativos do decréscimo do funcionamento sexual, para além das variáveis médicas e biológicas. Os participantes foram convidados a responder a um conjunto de questionários destinados a avaliar as seguintes dimensões psicológicas: crenças sexuais disfuncionais, pensamentos sexuais e funcionamento sexual.

De acordo com os resultados encontrados verificou-se a existência de correlação negativa e significativa entre algumas das dimensões analisadas referentes aos fatores cognitivos e as dimensões do funcionamento sexual. Tendo em conta a possibilidade da existência de capacidade preditiva por parte das crenças sexuais e dos pensamentos automáticos no funcionamento sexual, e controlando o efeito da idade e da prostatectomia, verificou-se que ao analisar os coeficientes de regressão, ambos os fatores cognitivos não apresentam um resultado significativo no funcionamento sexual, porém, os pensamentos automáticos evidenciaram uma certa influência negativa nas dimensões desejo sexual, função erétil e satisfação sexual do funcionamento sexual.

Apesar de o presente estudo se considerar como exploratório, apresenta um caráter inovador no sentido em que pode ter um papel importante para a compreensão do papel dos fatores cognitivos, como as crenças sexuais e os pensamentos automáticos, no funcionamento sexual de homens com cancro da próstata.

Abstract

Prostate cancer is considered, in Portugal, the most common in men and the second with the highest mortality rate. When diagnosed early, it provides the individual with a significant percentage of survival, however, when subjected to treatments, they face side effects that may last in their lives, being the most harmful, the alteration of their sexual functioning, namely erectile dysfunction, affecting their quality of life. According to studies, cognitive factors, namely dysfunctional sexual beliefs and automatic thoughts, are presented as vulnerability factors in men with dysfunctional sexual functioning. However, to date there are no studies that have addressed the role that cognitive factors may play in the sexual functioning of men with prostate cancer.

Therefore, the present study, involving 45 men diagnosed with this cancer who were under treatment or under surveillance, aimed to assess whether cognitive factors constituted a significant predictor of decreased sexual functioning, beyond medical and biological variables. Participants were asked to answer a set of questionnaires designed to assess the following psychological dimensions: dysfunctional sexual beliefs, sexual thoughts and sexual functioning.

According to the results found, there was a negative and significant correlation between some of the dimensions analyzed regarding cognitive factors and the dimensions of sexual functioning. Given the possibility of predictive behavior of sexual beliefs and automatic thoughts controls on sexual functioning, and controlling the effect of age and prostatectomy, it was found that when analyzing the regression coefficients, both cognitive factors were not have a significant result in sexual functioning, however, the automatic thoughts showed a certain negative influence on the dimensions sexual desire, erectile function and sexual satisfaction of sexual functioning.

Although this study is considered exploratory, it is innovative in that it may play an important role in understanding the role of cognitive factors, such as sexual beliefs and automatic thoughts, in the sexual functioning of men with prostate cancer.

Résumé

Le cancer de la prostate est considéré au Portugal, le cancer le plus fréquent chez l'homme et aussi le deuxième le plus mortel. S'il est diagnostiqué à temps, l'individu peut avoir un grand pourcentage de survie, cependant quand il est soumis à des traitements, ceux-la peuvent apporter des effets secondaires qui peuvent rester pendant tout la vie de l'individu, l'effet le plus néfaste qui peut apparaître dans la vie de l'homme sont les modifications du fonctionnement sexuel, comme la dysfonction érectile, troublant sa qualité de vie. Selon des études réalisées, les facteurs cognitifs, notamment les croyances sexuelles dysfonctionnelles et les pensées automatiques, se présentent comme des facteurs de vulnérabilité chez des hommes avec un fonctionnement sexuel dysfonctionnel. Cependant, jusqu'à présente il n'existe pas d'études qui se soient penchées sur le rôle que les facteurs cognitifs décrits peuvent présenter dans le fonctionnement sexuel des hommes avec le cancer de la prostate.

Par conséquent, cette étude qui a compté avec la participation de 45 hommes diagnostiqués avec ce genre de cancer et qui se trouvaient en traitement ou sous vigilance, a eu pour objectif d'évaluer si les facteurs cognitifs se constituaient comme indicateurs importants dans la baisse de la dysfonction sexuelle, au delà des variables médicales et biologiques. Les participants ont été invité à répondre à des questionnaires visant à mesurer les dimensions psychologiques suivantes: croyances sexuelles dysfonctionnelles, pensées sexuelles et fonctionnement sexuel. D'après les résultats trouvés, nous en avons conclu qu'il existe une corrélation négative et importante entre certaines des dimensions analysées relatives aux facteurs cognitifs et les dimensions du fonctionnement sexuel. Tenant compte de la possibilité d'existence d'une capacité prédictive de la part des croyances sexuelles et des pensées automatiques dans le fonctionnement sexuel, en contrôlant l'effet de l'âge et de la prostatectomie, nous avons constaté qu'en analysant les coefficients de régression, les deux facteurs cognitifs ne présentent pas un résultat important dans le fonctionnement sexuel, cependant, les pensées automatiques ont mis en évidence une certaine influence négative dans les dimensions: désir sexuel, fonction érectile et bien-être sexuel du fonctionnement sexuel.

Malgré, qu'on considère que cette étude peut se considérer comme exploratoire et présente un caractère nouveau dans le sens qu'il peut avoir un rôle important pour la compréhension du rôle des facteurs cognitifs, comme les croyances sexuelles et les pensées automatiques dans le fonctionnement sexuel des hommes qui souffrent d'un cancer de la prostate.

Índice Geral

Índice Geral.....	vii
Índice de Anexos.....	viii
Índice de Tabelas	ix
Introdução	10
1. O cancro da próstata	10
1.1. Fatores médicos e psicológicos associados ao cancro da próstata	12
1.2. Funcionamento sexual masculino no homem com cancro da próstata	14
1.3. O funcionamento sexual masculino: O papel dos fatores cognitivo-emocionais	16
1.3.1. O Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia.....	17
1.3.2. As crenças sexuais disfuncionais e o funcionamento sexual masculino.....	18
1.3.3. Os pensamentos automáticos e o funcionamento sexual masculino	21
2. Objetivos e hipóteses do estudo empírico	24
Estudo Empírico	25
1. Método	25
1.1. Participantes	25
1.2. Instrumentos de recolha de dados	28
1.2.1. Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS).....	28
1.2.2. Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)	29
1.2.3. Questionário de Modos Sexuais (QMS)	29
1.2.4. Índice Internacional de Função Erétil (IIEF).....	30
1.2.5. Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI).....	30
1.3. Procedimentos de recolha de dados	31
1.4. Procedimentos de análise de dados	31
2. Resultados.....	33
2.1. A relação do funcionamento sexual com a idade e a prostatectomia	33
2.2. A relação das dimensões das crenças sexuais e dos pensamentos automáticos com a idade, prostatectomia e dimensões do funcionamento sexual	33
2.3. A capacidade preditiva das crenças sexuais no funcionamento sexual	36
2.4. A capacidade preditiva dos pensamentos automáticos no funcionamento sexual	40
3. Discussão	44
4. Conclusão.....	50
Referências bibliográficas.....	52

Índice de Anexos

Anexos	56
Anexo A	57
Anexo B	61
Anexo C	63
Anexo D	65
Anexo E	67
Anexo F	75

Índice de Tabelas

Tabela 1- Características sociodemográficas (n=45)	25
Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos	26
Tabela 3 - Correlações parciais entre as crenças sexuais, idade, prostatectomia e funcionamento sexual	34
Tabela 4 - Correlações parciais entre os pensamentos automáticos, idade, prostatectomia e funcionamento sexual	35
Tabela 5 - As crenças sexuais como preditoras do funcionamento sexual (N = 29).....	38
Tabela 6 - As crenças sexuais como preditoras da dimensão "desejo sexual" do funcionamento sexual (N = 29)	39
Tabela 7 - As crenças sexuais como preditoras da dimensão "satisfação sexual" do funcionamento sexual (N = 45)	39
Tabela 8 - Os pensamentos automáticos como preditores do funcionamento sexual (N = 29) Análise de regressão múltipla hierárquica.....	42
Tabela 9 - Os pensamentos automáticos como preditores da dimensão "desejo sexual" do funcionamento sexual (N = 29)	42
Tabela 10 - Os pensamentos automáticos como preditores da dimensão "função erétil" do funcionamento sexual (N = 34)	43
Tabela 11 - Os pensamentos automáticos como preditores da dimensão "satisfação sexual" do funcionamento sexual (N = 45)	43

Introdução

1. O cancro da próstata

Quando as células do organismo sofrem mutações resultando num crescimento anormal e desordenado, formam uma massa designada por tumor. Estas massas podem ser consideradas benignas, não existindo a disseminação das células para os tecidos em volta ou para outras partes do organismo, podendo ser removido na sua totalidade. O cancro consiste na proliferação anormal de células, isto é, células que têm a capacidade de se disseminarem para outros tecidos utilizando a corrente circulatória como também a linfática, gerando um processo designado por metastização, colocando a vida do indivíduo em risco (Cancro da Próstata, 2007).

A próstata é uma glândula que faz parte do sistema reprodutor masculino, com uma dimensão semelhante à de uma avelã e localiza-se na pélvis, à frente do recto, sob a bexiga e atrás da base do pénis. Este órgão, em conjunto com outras vesículas seminais, é responsável pela produção de sémen, o líquido esbranquiçado e viscoso que se caracteriza pela transportação dos espermatozóides através do pénis, durante a atividade sexual. A hiperplasia benigna da próstata (HBP) consiste no crescimento anormal e incontrolado das células prostáticas benignas, levando a um aumento do volume da próstata, exercendo pressão contra a bexiga e a uretra. O cancro da próstata desenvolve-se quando as células malignas prostáticas se disseminam existindo a possibilidade de metastização para outras partes do organismo (Cancro da Próstata, 2007).

O cancro da próstata é considerado, em Portugal, o tipo de cancro mais frequente no homem como também o segundo com maior taxa de mortalidade, resultando assim numa grande preocupação nas sociedades modernas. A nível mundial é um cancro muito prevalente, sendo considerado o segundo tumor maligno mais frequente em todo o mundo (Bastos, Botelho, Pina, & Lunet, 2011). Os estudos têm mostrado um aumento significativo da prevalência no cancro da próstata nos últimos dez anos e estima-se que na próxima década surjam cerca de 1,7 milhões de novos casos em todo o mundo (Pakzad, Mohammadian-Hafshejani, Ghoncheh, Pakzad, & Salehiniva, 2015). Ao analisarmos a incidência de cancro da próstata apenas nos Estados Unidos, em anos anteriores, deparamo-nos com uma estimativa de 218,000 novos casos e 27,000 mortes por ano, nos últimos anos (American Cancer Society, 2007), revelando-se de facto um tipo de cancro muito prevalente e que

requer especial atenção. O aumento do número de casos de cancro da próstata atribui-se não só apenas ao aumento do risco efetivo da doença ou à tendência verificada no aumento da esperança de vida, como também à existência de diagnósticos realizados de forma cada vez mais precoce e fidedigna e à otimização dos tratamentos disponíveis (Nunes, Pimentel, Pina, & Rolo, 2010).

Relativamente às opções de tratamento do cancro da próstata, existem tratamentos mais radicais, nomeadamente a cirurgia, a radioterapia e a crioterapia, e tratamentos complementares tais como a hormonoterapia e a quimioterapia. A prostatectomia radical com preservação nervosa bilateral é considerada a opção de eleição no cancro da próstata localizado uma vez que consiste na extração completa da glândula prostática, removendo a totalidade do tumor. A radioterapia, um dos tratamentos considerado mais radical, consiste na utilização de radiação de alta energia com o objetivo de eliminar as células cancerígenas existentes, porém afetando as células normais que se encontram junto do tumor. De referir que a toxicidade desta técnica pode ser considerada aguda, desaparecendo após algum tempo, ou crónica, permanecendo durante toda a vida do indivíduo. Um outro tratamento considerado igualmente radical é a crioterapia, técnica caracterizada pela congelação do tecido da próstata com o objetivo de eliminar as células cancerígenas (Cancro da Próstata, 2007).

A hormonoterapia traduz-se numa técnica que tem como objetivo diminuir ou eliminar os níveis hormonais da testosterona uma vez que o cancro da próstata é sensível a estas hormonas, responsáveis pelo desenvolvimento e crescimento do cancro em causa. Este tratamento hormonal é utilizado quando a doença se propaga a outros tecidos e órgãos, quando o cancro volta exatamente no mesmo local após a ocorrência de outros tratamentos ou quando o objetivo passa por diminuir o tamanho do tumor (Cancro da Próstata, 2007). É utilizada ainda quando o doente após realização de radioterapia, não obtém os resultados esperados e quando o doente apresenta uma idade já avançada ou estão contraindicados outro tipo de tratamentos. Importa referir que esta técnica não se traduz num tratamento curativo, ou seja, não é possível erradicar o tumor através da hormonoterapia (Cancro da Próstata, 2007).

Por último, a quimioterapia, utilizada para destruir as células que originam o cancro através de fármacos, apresenta-se como o tratamento mais eficaz quando o tumor cria resistência aos tratamentos hormonais, nomeadamente a hormonoterapia (Cancro da Próstata, 2007).

Tendo em conta que o cancro da próstata e tratamentos associados têm um impacto negativo em diversas áreas da vida do homem, nomeadamente a nível emocional, relacional, sexual e na sua qualidade de vida, torna-se fundamental abordar junto do doente estas possíveis alterações para que o impacto sobre a qualidade de vida após os tratamentos não seja tão devastador (Nunes, Rolo, & Mota, 2004).

1.1. Fatores médicos e psicológicos associados ao cancro da próstata

A qualidade de vida do doente com cancro da próstata deve ser valorizada e preservada sempre que possível. Quando um indivíduo é sujeito a tratamentos com o objetivo de eliminar por completo o tumor ou minorar as suas consequências, efeitos secundários e bastante diversificados poderão advir mediante a escolha de tratamento, resultando numa maior debilidade a nível físico e emocional e gerando uma diminuição acentuada da sua qualidade de vida. Assim sendo, a importância de uma abordagem entre o médico e o doente torna-se crucial para que o indivíduo obtenha o máximo conhecimento sobre as consequências e efeitos possíveis após ser sujeito a qualquer tipo de intervenção.

Para além da relação acima referida, a existência de uma equipa multidisciplinar é fundamental para determinar qual o melhor tratamento a aplicar, tendo em conta cada caso particular. Qualquer tratamento utilizado apresenta um impacto físico considerável importando, por esta razão, avaliar junto do doente o caminho a tomar. A título de exemplo, a prostatectomia radical, que consiste na remoção total da glândula da próstata e devido ao facto de existirem múltiplos vasos sanguíneos na zona intervencionada pode resultar em hemorragias, aperto do colo da bexiga, resultante da existência de uma cicatriz localizada entre a bexiga e a uretra, e incontinência urinária pelo anormal funcionamento do esfíncter da bexiga (Cancro da próstata, 2007). Se o médico sugerir ao doente a realização de radioterapia, este poderá confrontar-se com efeitos que envolvam o cansaço e irritação ao urinar, efeitos igualmente encontrados quando intervencionados através da crioterapia, onde para além dos acima descritos, poderão ainda surgir dor, desconforto ao defecar, inchaço do pénis e do escroto, cicatrizes e lesões entre a uretra e o reto (Cancro da Próstata, 2007). O cansaço traduz-se igualmente numa consequência comum quando sujeitos a quimioterapia, juntamente com a perda de apetite e em tratamentos mais prolongados a sensação de formigueiro nas mãos e nos pés é também frequente (Cancro da Próstata, 2007). O médico pode ainda sugerir a hormonoterapia como intervenção mais eficaz podendo o indivíduo contar com efeitos ligeiramente diferentes nomeadamente afrontamentos, sensibilidade e/ou

crescimento das mamas, aumento de peso, diarreia, náuseas, cansaço e osteoporose (Cancro da Próstata, 2007).

O cancro da próstata, ao longo de todo o curso da doença em si e tratamentos utilizados, traduz-se numa doença caracterizada pela existência de efeitos secundários extremamente fortes e incomodativos para o doente, como referido acima, e constitui-se como uma condição repleta de inquietações psicológicas e emocionais. Num estudo realizado por Zisman et al (2001) e citado por Klett (2014), onde o objetivo se prendia com a avaliação dos níveis de ansiedade, sete dias antes e sete dias após a realização de uma biópsia à próstata, foi possível reportar que dois terços dos pacientes experienciaram níveis significativos de ansiedade. A acrescentar que 10% dos pacientes referiram igualmente a presença de disfunção sexual aguda com duração até 30 dias. Os resultados acima mencionados estão estreitamente relacionados com os efeitos psicológicos da preocupação e/ou com os efeitos físicos da biópsia em si (Klett, 2014). Para além destas questões referidas existem ainda pensamentos acerca do diagnóstico em si e da sua possível propagação, preocupações com os seus entes queridos e o impacto conhecido na saúde sexual que conduzem de imediato a um impacto negativo na estrutura psicológica do paciente (Klett, 2014). Perante este diagnóstico numa população mais idosa, as reacções psicológicas poderão variar de sujeito para sujeito, dependendo dos suportes disponíveis, história psiquiátrica e outros eventos de vida significantes como a morte do cônjuge, reforma, relacionamentos em idades mais tardias, divórcio ou perda de um ente querido com cancro (Roth, Weinberger, & Nelson, 2008). Pela existência de uma relação muito próxima entre a vivência do cancro da próstata e estas questões de saúde mental, torna-se crucial para os médicos a aplicação de uma abordagem que envolva o estado de saúde mental do paciente ou a existência de uma equipa multidisciplinar para responder a todas as questões do sujeito.

A presença de depressão/ansiedade em homens com cancro da próstata está associada a um risco de quase cinco vezes maior de visitas de urgência e três vezes maior para a hospitalização e morte comparado com homens com este tipo de cancro que não apresentam problemas de saúde mental (Klett, 2014). As questões mentais podem ser extremamente difíceis de diagnosticar e de tratar e muitas vezes nem sequer são diagnosticadas, piorando assim os resultados destes homens (Klett, 2014). Para além das funções acima afetadas, o cancro da próstata pode induzir sentimentos de vergonha, alterações na imagem corporal e autoestima e apresentar efeitos adversos na sexualidade do paciente (Fan, 2002).

Ao refletirmos sobre as questões de cariz sexual nos homens diagnosticados com cancro da próstata, verifica-se também que esta é uma dimensão habitualmente muito afetada nestas situações, quer pela patologia em si, quer pelos tratamentos realizados.

Na secção seguinte será abordada com algum detalhe a relação entre o funcionamento sexual e o cancro da próstata, por se tratar de um tema chave para a realização deste trabalho.

1.2. Funcionamento sexual masculino no homem com cancro da próstata

É conhecido que o cancro da próstata e tratamentos associados são suscetíveis de alterar a função sexual masculina tornando-se fundamental abordar junto do doente esta consequência para que o impacto sobre a qualidade de vida após a cirurgia ou outros tratamentos utilizados não seja tão devastador (Nunes, Rolo, & Mota, 2004). Os estudos mostram que, por exemplo, a disfunção erétil é uma consequência bastante comum após a cirurgia, a radioterapia, a crioterapia e hormonoterapia. A acrescentar ao tratamento que envolve a hormonoterapia são igualmente conhecidos efeitos secundários ao nível da diminuição do desejo sexual (Cancro da Próstata, 2007).

Saitz e colaboradores (2013) concluíram num estudo que num total de 60 homens diagnosticados com cancro da próstata, 37% apresentaram disfunção erétil, 26% indicaram disfunção relacionada com a ejaculação e 48% apresentaram diminuição do desejo sexual (Saitz, Serefoglu, Trost, Thomas, & Hellstrom, 2013).

De acordo com Fan (2002), todos os tratamentos podem resultar em disfunção erétil e/ou incontinência urinária devido à função e localização da glândula da próstata (Fan, 2002). No mesmo sentido, após a realização dos tratamentos, estes homens apresentam alterações na capacidade erétil, diminuição do desejo sexual, dificuldades no orgasmo e dor sexual (Nunes et al., 2004). Estudos demonstram que homens que apresentam um funcionamento sexual satisfatório antes dos tratamentos mostram maiores dificuldades em aceitar a disfunção erétil, surgindo sentimentos como o desânimo e a frustração (Fan, 2002).

O conhecimento acerca da alteração do funcionamento sexual já era retratado na década de oitenta, em que Ainslie (1984), citado por Fan (2002), já referia que a radioterapia causava disfunção erétil em 40% dos pacientes, dores na ejaculação e redução permanente do sémen, apesar de a sensação orgásmica permanecer normal (Fan, 2002). Estudos mais recentes sublinham a prevalência acima descrita referindo que 200 a 300 de 1000 homens sujeitos a cirurgia ou a radioterapia apresentam disfunção erétil desde o primeiro ano e poderá manter-se até aos 10 anos após intervenção (Moyer, 2012).

Evidenciando uma vez mais esta problemática, de acordo com Hamilton e Mirza (2014), a disfunção erétil é a consequência mais comum após cirurgia, apresentando uma incidência de cerca de 90% e relativamente à radioterapia indica valores entre os 20% e os 80% (Hamilton & Mirza, 2014).

O diagnóstico do cancro da próstata consequentemente causa instabilidade psicológica não apenas no doente como também na sua parceira, resultando numa redução da atividade sexual (Hyun, 2012). Segundo estudos realizados por Moore e Estey (1999) existe uma preocupação e interesse por parte das suas esposas para o tratamento da disfunção sexual dos maridos devido à baixa autoestima resultante da incapacidade sexual e pela presença do cancro (Fan, 2002). Esta redução da atividade sexual está igualmente relacionada com a presença de stress e depressão devido à disfunção sexual, resultando em problemas relacionais entre o casal. Acrescentando ainda, quanto maiores os níveis de ansiedade no homem com cancro da próstata, maior a percentagem de depressão e de disfunção sexual (Klett, 2014).

Por este facto, de referir a importância de uma consulta com um médico urologista ou terapeuta sexual, como alternativa à recuperação do funcionamento sexual do homem, para o incentivar a expressar os sentimentos associados à disfunção e apoiar o casal na aprendizagem de formas alternativas para partilhar a intimidade sexual (Roth, Weinberger, & Nelson, 2008). Apesar da função sexual se alterar com o avançar da idade, a vivência de uma sexualidade gratificante continua a ser um aspeto muito importante na vida dos homens (Bokhour, Clark, Thomas, Silliman, & Talcott, 2001).

Os protocolos de reabilitação sexual utilizados em homens com diagnosticados com cancro da próstata consistem na utilização de tratamentos específicos, nomeadamente o consumo oral de inibidores da fosfodiesterase tipo 5, a administração de injeções intracavernosas, a utilização de um dispositivo de ereção por vácuo, a introdução de uma prótese peniana em cada um dos corpos cavernosos, a reposição de testosterona ou, por último, a combinação das terapias acima descritas traduz-se de igual forma numa possível solução para a melhoria da função sexual (Hyun, 2012).

Apesar da elevada prevalência de disfunções sexuais em homens com cancro da próstata verifica-se ainda um grande desconhecimento acerca do impacto das dimensões psicológicas no funcionamento sexual destes homens, em particular do papel que as dimensões cognitivas podem desempenhar no funcionamento sexual, ao longo do curso da doença, revelando-se importante avaliar com detalhe o impacto que algumas destas

dimensões possam desempenhar ao longo do curso da doença e interferir com o seu funcionamento sexual.

1.3. O funcionamento sexual masculino: O papel dos fatores cognitivo-emocionais

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos um conjunto de estudos destinados a investigar o impacto dos fatores cognitivos, nomeadamente as crenças sexuais, esquemas sexuais, pensamentos automáticos, entre outros, no funcionamento sexual masculino (Nobre, 2013). Segundo estudos realizados, os fatores cognitivos influenciam significativamente o desempenho e consequente resposta sexual quer de indivíduos com disfunção sexual como também de sujeitos com um funcionamento sexual funcional.

Apesar dos contributos de Masters e Johnson e Helen Kaplan na conceptualização das disfunções sexuais, Barlow é considerado um revolucionário graças à sua investigação na influência dos fatores cognitivo-emocionais na resposta sexual. O modelo proposto por este autor consiste na interação entre a atividade fisiológica do sujeito e a interferência dos processos cognitivos na compreensão e determinação da resposta sexual (Nobre, 2006). Ao refletir sobre o modelo, indivíduos com e sem disfunção sexual lidam de forma diferente quando confrontados com uma situação sexual. Sujeitos que apresentam um desempenho sexual funcional, em resposta a situações sexuais, respondem de forma positiva, isto é, apresentam maioritariamente afeto positivo, antecipam um bom desempenho sexual como também a perceção de controlo sobre a situação que estão a viver no momento. Homens sexualmente disfuncionais, na mesma situação acima referida, tendem a demonstrar níveis elevados de ansiedade, tensão e afeto negativo acrescentando ainda a expectativa de um desempenho sexual não satisfatório (Wiegel, M., Scepkowski, L.A., & Barlow, 2003). Barlow considera ainda que a excitação sexual se caracteriza num aumento da ativação fisiológica que, por sua vez, será responsável pelo aumento do foco de atenção. No entanto este foco de atenção difere dos sujeitos com funcionamento sexual disfuncional e funcional, e sublinhado por Wiegel, Scepkowski e Barlow (2003), “um indivíduo funcional, ao apresentar um foco de atenção dirigido para os estímulos sexuais, responde de forma sexualmente mais ativa aos aumentos dos níveis de excitação fisiológica, pois estes facilitariam o foco de atenção que previamente já existia” (p. 20). Ao refletirmos sobre o foco de atenção de um indivíduo disfuncional e, de acordo com Wiegel et al., (2003), “desvia-se para as preocupações relacionadas com as exigências de desempenho e as experiências passadas que se revelaram um fracasso, centrando-se muito em si próprio, o

que condiciona uma menor capacidade de focalização nos estímulos eróticos” (p. 20), gerando uma diminuição acentuada relativamente à sua resposta sexual.

Segundo Laja (2007), “o modelo de Barlow preconiza que a diferença fundamental entre os processos funcionais e disfuncionais não se centra na ansiedade ou na ativação fisiológica que lhe está associada, mas na interação entre estas e os processos cognitivos (foco da atenção)” (p.22).

1.3.1. O Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia

Numa linha mais recente, Nobre e Pinto-Gouveia (2003) têm desenvolvido estudos cruciais enfatizando os fatores cognitivos e emocionais nos processos de disfunção sexual e proposto um modelo de conceptualização das disfunções sexuais (Nobre, 2013).

Componentes como os esquemas cognitivos, crenças sexuais, pensamentos automáticos e emoções têm sido estudados de forma sistemática e tem sido demonstrado o seu papel ao nível do funcionamento sexual, explicando muitos dos fenómenos que ocorrem em indivíduos com uma disfunção sexual (Nobre, 2013). Tendo em consideração os estudos realizados, Nobre e seus colegas (2013) desenvolveram um modelo conceptual explicativo das disfunções sexuais femininas e masculinas, baseado nos princípios da teoria cognitiva, com particular interesse para a importância da ativação de esquemas cognitivos negativos quando os sujeitos são confrontados com situações de insucesso sexual. Os esquemas cognitivos traduzem-se em ideias que o indivíduo tem sobre si e o mundo que o rodeia, sendo responsáveis pelo significado atribuído a determinados eventos. De acordo com Nobre (2003), os esquemas cognitivos, uma vez ativados “orientam para uma interpretação e significado atribuído a uma situação específica, gerando um conjunto de pensamentos automáticos e respostas emocionais, influenciando o seu comportamento sexual” (p.849).

Ainda segundo Nobre (2003), “indivíduos com disfunção sexual tendem a ativar um maior número de esquemas negativos quando expostos a situações sexuais negativas” (p.849). Uma outra componente crucial do modelo consiste na existência de crenças sexuais, que, segundo Nobre (2013), se referem a “ideias que os sujeitos possuem sobre a sexualidade, que são sustentadas a partir de experiências passadas e de processos de aprendizagem” (p.849), desempenhando desta forma um papel central enquanto fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção da disfunção sexual (Nobre, 2013).

A personalidade e o afeto-traço são dois fatores de vulnerabilidade que integram de igual forma o modelo. Indivíduos que apresentem maiores traços de neuroticismo, são mais suscetíveis ao desenvolvimento e manutenção de disfunções sexuais. Relativamente à

dimensão afeto-traço positivo e negativo, tem sido demonstrado de igual forma o seu papel exercido no desenvolvimento de problemas sexuais, uma vez que interage em conjunto com outras variáveis moderadoras da resposta sexual, nomeadamente as crenças sexuais disfuncionais, moderando a atribuição de significado a eventos sexuais negativos. Assim sendo, e já referido anteriormente, são consideradas como fatores de vulnerabilidade, uma vez que moderam a interpretação que os sujeitos possuem do insucesso sexual ou a ativação de esquemas cognitivos numa situação sexual (Nobre, Wiegel, Bach, Weisberg, Brown, Wincze, & Barlow, 2004; Quinta Gomes, 2012; Quinta Gomes & Nobre, 2011). No entanto, o modelo também enfatiza a influência das respostas cognitivas e emocionais, nomeadamente a tristeza ou a escassez de prazer e de satisfação, como resultado da ativação dos esquemas cognitivos, agindo como fatores de manutenção para o problema, privando o indivíduo de pensamentos eróticos e sensações prazerosas, alterando o comportamento sexual (Nobre, 2013).

Tendo em consideração que as crenças sexuais e os pensamentos automáticos são dimensões centrais nos processos de disfunção sexual e variáveis centrais no presente estudo, de seguida iremos debruçar-nos em pormenor acerca dos estudos entre estas dimensões e o funcionamento sexual de homens com cancro da próstata.

1.3.2. As crenças sexuais disfuncionais e o funcionamento sexual masculino

As crenças sexuais caracterizam-se por ideias que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre os outros relativamente à sexualidade, influenciando a interpretação de determinados eventos e, conseqüentemente, a sua resposta sexual (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003). Sujeitos que apresentem um conjunto de crenças sexuais disfuncionais, nomeadamente, “um verdadeiro homem deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher” ou “um homem que não satisfaça sexualmente a mulher é um fracassado”, estão mais suscetíveis para o desenvolvimento de ideias catastróficas sobre as conseqüências de uma atividade sexual sem sucesso (Zilbergeld, 1999).

Conseqüentemente, estes homens desenvolvem ideias erradas e negativas sobre eles próprios, isto é, autoconceitos negativos, que atuam como fatores de manutenção para o problema, nomeadamente “sou um fracasso sexual” ou “jamais conseguirei resolver este problema” (Nobre, 2006).

De acordo com Baker (1993), as crenças relativas à sexualidade são fruto de processos de aprendizagem prévios, nomeadamente através da observação de modelos de relacionamento, acesso a informação acerca da sexualidade, experiências sexuais precoces

e ainda, reforço ou punição de comportamentos relacionados com a sexualidade.

Relativamente aos sujeitos sexualmente disfuncionais, a presença de crenças mais rígidas e estereotipadas é mais acentuada relativamente a sujeitos funcionais. Tais crenças são associadas às expectativas irrealistas do desempenho sexual (Nobre, 2006).

Nobre e colaboradores (2003) desenvolveram um questionário de crenças sexuais, envolvendo versões para ambos os géneros. O estudo de validação do questionário envolveu a participação de 360 participantes da população geral, uma amostra clínica composta por 96 sujeitos e um grupo de controlo selecionado a partir da população geral. No caso da população masculina, os autores identificaram 6 dimensões de crenças nomeadamente, o conservadorismo sexual, poder sexual feminino, crenças “macho latino”, crenças sobre a satisfação sexual das mulheres, atitudes restritivas sobre a atividade sexual e, por último, sexo como um abuso de poder por parte dos homens. Foi possível verificar que crenças relacionadas com o alto desempenho sexual, crenças acerca da satisfação sexual das mulheres e conservadorismo sexual mostraram maior significância na amostra clínica em comparação com o grupo de controlo, ou seja, homens sexualmente disfuncionais têm maior tendência para apresentar um conjunto de crenças sexuais disfuncionais relativamente aos homens com um funcionamento sexual funcional, dificultando desta forma a melhoria da disfunção, uma vez que as crenças sexuais atuam como fatores de vulnerabilidade para a manutenção do problema sexual. Relativamente a este último ponto, é possível verificar que a existência de crenças como “um homem que não satisfaça a mulher é um fracassado”, “o que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis” ou “sexo anal é uma atividade doentia”, influenciam significativamente o comportamento dos sujeitos durante a atividade sexual (Nobre et al., 2003).

Na mesma linha, de acordo com um estudo realizado por Nobre (2010), tendo como objetivo testar o modelo cognitivo-emocional de Nobre e Pinto-Gouveia usando path analysis, foi possível determinar o papel das crenças sexuais e dos pensamentos automáticos no decorrer da atividade sexual. O estudo envolveu a participação de 352 participantes masculinos sendo constituído por 2 grupos, um grupo da população geral composto por 303 homens e uma amostra clínica de 49 homens. A amostra clínica foi recrutada da clínica de sexologia do Hospital Universitário de Coimbra e tinha como critério o diagnóstico de Disfunção Erétil. A hipótese levantada pelo autor afirmava que as crenças sexuais disfuncionais atuam como fatores predisponentes, estipulando as regras condicionais para a ativação de esquemas cognitivos e crenças sexuais erróneas. Uma vez ativados, estes esquemas guiam os pensamentos automáticos e as respostas emocionais numa direção única,

prejudicando o processo de estimulação erótica e interferindo de forma negativa na resposta sexual. Tendo em conta a análise do instrumento QCSD, foi possível identificar as 6 dimensões igualmente descritas no estudo anterior. De acordo com os resultados, homens que apresentem crenças muito fortes sobre a infalibilidade (alta frequência de atividade sexual, capacidade de satisfazer todas as mulheres, manter a ereção em qualquer circunstância) estão mais sujeitos a ativar esquemas cognitivos e, posteriormente, ao desenvolvimento de pensamentos relacionados com o desempenho sexual (“tenho que atingir a ereção”, “o meu pénis não está a responder”) levando a uma diminuição de pensamentos e imagens sexuais, alterando o comportamento do indivíduo e consequentemente interferindo significativamente na sua resposta sexual.

Mais recentemente, Carvalho e Nobre (2011a) realizaram um estudo, em que o objetivo incidia na avaliação de fatores preditores no desejo sexual masculino considerando fatores médicos, psicológicos e relacionais. O estudo envolveu a participação de 205 homens da população geral com vista a avaliar as seguintes variáveis: ajustamento psicológico, crenças sexuais disfuncionais, pensamentos automáticos e emoções durante a atividade sexual, ajustamento diádico e a presença de condições médicas. Relativamente às crenças disfuncionais verificou-se que atitudes restritivas relativamente à atividade sexual (“não é apropriado ter fantasias sexuais durante a atividade sexual” e “sexo anal é uma atividade pervertida”) apresentaram-se como melhores preditores no baixo desejo sexual masculino, tendo os autores concluído que as crenças sexuais disfuncionais apresentam um papel importante na presença de disfunção sexual.

Tendo em conta um outro estudo realizado por Carvalho e Nobre (2011b), envolvendo 237 sujeitos e tendo como objetivo avaliar a interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociológicos, ambos os autores verificaram que não existiu um efeito direto entre os fatores médicos e o desejo sexual como é assumido tradicionalmente pela população, isto é, a existência de uma doença, por si só, não influencia diretamente o desejo sexual. Verificou-se uma relação significativa entre a apresentação de atitudes restritivas relativamente à atividade sexual e fatores como a idade, condições médicas e a apresentação de psicopatologia nos sujeitos avaliados. O estudo também mostra que a idade produziu um impacto no desejo sexual quando existem crenças disfuncionais associadas. Um resultado relevante incidia nos efeitos diretos que as dimensões cognitivas apresentam, como também no seu papel como mediador (e.g., pensamentos automáticos) na relação entre preditores bio-médicos e socio-demográficos e o do desejo sexual.

Mais recentemente, num estudo realizado por Pascoal, Rosa, Silva, & Nobre (2018), constituído por 421 participantes de ambos os sexos, foi possível verificar que as crenças sexuais para além de se constituírem como preditoras no funcionamento sexual, apresentaram ainda uma associação negativa no funcionamento sexual de ambos os sexos.

Tendo em consideração a análise dos estudos anteriormente referidos pode ser concluído que dimensões das crenças sexuais, nomeadamente a crença “macho latino”, crenças inadequadas relativas à satisfação sexual feminina e atitudes restritivas relativamente à atividade sexual, apresentaram maior significância no que diz respeito à alteração do comportamento do indivíduo e posterior resposta sexual, constituindo-se como os melhores preditores do funcionamento sexual (e.g., desejo e funcionamento erétil).

Uma vez que, segundo resultados anteriores, as crenças sexuais são consideradas preditores significativos do funcionamento sexual, nomeadamente das dimensões como o desejo sexual ou o funcionamento erétil em homens da população geral, é fundamental conhecer o impacto destas mesmas crenças no funcionamento sexual de homens diagnosticados com cancro da próstata.

1.3.3. Os pensamentos automáticos e o funcionamento sexual masculino

Os pensamentos automáticos referem-se a imagens ou cognições que os sujeitos apresentam durante o ato sexual. Os pensamentos refletem o conteúdo e esquema que se encontra ativado num dado momento. Tendo em consideração a influência dos pensamentos automáticos observada no modelo cognitivo-emocional de Nobre e Pinto-Gouveia (2003), revela-se importante a referência de estudos que demonstram o efeito destes pensamentos na resposta sexual.

Nobre e Pinto-Gouveia (2003) desenvolveram a versão portuguesa do Questionário de Modos Sexuais (QMS) e realizaram um conjunto de estudos destinados a avaliar a interação entre os pensamentos automáticos, as emoções e a resposta sexual. O objetivo do estudo consistiu na validação do questionário acima referido. Os autores identificaram 5 dimensões no QMS: antecipação do fracasso e pensamentos catastróficos, pensamentos relacionados com a ereção, pensamentos relacionados com a idade e corpo, pensamentos negativos relativamente ao sexo e escassez de pensamentos eróticos. A hipótese levantada previa que homens disfuncionais, quando expostos a situações sexuais, ativariam esquemas cognitivos negativos, gerando uma resposta englobando o sistema cognitivo, emocional e comportamental. Esta resposta mostra a presença de pensamentos automáticos negativos como também de emoções, gerando uma baixa resposta sexual. O estudo, que contou com

uma participação de 255 sujeitos tendo sido divididos em dois grupos, demonstrou que relativamente às dimensões de pensamentos, os sujeitos do grupo clínico apresentaram resultados mais significativos nos pensamentos que envolvem a antecipação do fracasso, pensamentos relativos à ereção e escassez de pensamentos automáticos. Relativamente aos sujeitos funcionais, os resultados mais significativos prenderam-se com a existência de pensamentos negativos sobre a sexualidade. Tendo em conta a resposta emocional, os sujeitos disfuncionais apresentaram resultados mais significativos na presença de tristeza e resultados menos significativos no prazer e satisfação, relativamente ao grupo de sujeitos funcionais. Concluindo, foi possível verificar que quanto maiores os pensamentos disfuncionais durante a experiência sexual, maior probabilidade em apresentar emoções tais como a tristeza, levando a uma diminuição do prazer e da satisfação. No que diz respeito à relação entre as dimensões pensamentos automáticos e resposta sexual, demonstrou-se que os pensamentos automáticos influenciam a atividade sexual e consequente resposta, ou seja, quanto maior o número de pensamentos, menor o desejo subjetivo.

Segundo um estudo acima referido de Nobre (2010), envolvendo um total de 352 participantes masculinos, foi possível determinar de igual forma o papel dos pensamentos automáticos no decorrer da atividade sexual. A hipótese levantada pelo autor afirmava que as crenças sexuais disfuncionais atuam como fatores predisponentes, estipulando as regras condicionais para a ativação de esquemas cognitivos e crenças sexuais erróneas. Uma vez ativados, estes esquemas guiam os pensamentos automáticos e as respostas emocionais numa direção única, prejudicando o processamento de estimulação erótica e interferindo de forma negativa na resposta sexual. A maior correlação verificou-se entre a ativação de esquemas de incompetência e pensamentos relacionados com a ereção durante a atividade sexual, como também na associação entre as duas últimas variáveis referidas e a função erétil. Os pensamentos mais relevantes para predizer o funcionamento erétil caracterizam-se pela escassez de pensamentos eróticos e pensamentos relativos à ereção. Concluindo, verifica-se que os pensamentos automáticos estão associados a crenças disfuncionais e à ativação de esquemas cognitivos e, consequentemente, a uma interferência negativa na resposta sexual.

De acordo com um estudo de Carvalho e Nobre (2011a), envolvendo a participação de 205 homens da população geral com vista a avaliar as seguintes variáveis: ajustamento psicológico, crenças sexuais disfuncionais, pensamentos automáticos e emoções durante a atividade sexual, ajustamento diádico e a presença de condições médicas, verificou-se relativamente aos pensamentos automáticos, que a escassez de pensamentos eróticos (“este movimento e estas posições são fabulosas” e “ela está realmente excitada”) durante a

atividade sexual e a presença de pensamentos relativos à ereção (“tenho que atingir a ereção” e “o meu pênis não está a reagir”) influenciam diretamente a resposta sexual, atuando de igual forma para a manutenção da disfunção sexual.

Outro estudo realizado por Carvalho e Nobre (2011), referente aos fatores médicos, verificou-se que estes atuam através da presença de pensamentos relativos à ereção, sendo que a dimensão que apresentou mais efeitos significativos refere-se à escassez de pensamentos eróticos. Revela-se então uma relação forte entre os pensamentos automáticos, os problemas médicos e a idade do sujeito na influência do desejo sexual. Concluindo, os pensamentos automáticos, para além de terem sido os melhores preditores do desejo sexual, atuaram de igual forma como mediadores da relação entre variáveis biomédicas e sociodemográficas e o desejo sexual.

De acordo com um estudo realizado por Pereira, Oliveira, & Nobre (2016), contando com a participação de 134 homens, divididos em três grupo, nomeadamente presença de dor genital, presença de disfunção sexual e ausência de dor ou de disfunção sexual, foi possível concluir que homens com dor genital ou com disfunção sexual apresentavam níveis mais baixos relativamente à satisfação com a sua vida sexual comparativamente com os homens que apresentavam um funcionamento sexual saudável. Mais um dado obtido prendeu-se com a existência de maiores níveis de pensamentos relacionados com a antecipação do fracasso em homens que apresentavam dor genital ou disfunção sexual, comparativamente com os homens sexualmente funcionais.

Tendo em conta estudos que nos demonstram o papel das crenças sexuais e pensamentos automáticos no funcionamento sexual masculino, e tendo em consideração a elevada prevalência de disfunções sexuais em homens sujeitos aos tratamentos para a cura do cancro localizado da próstata, nomeadamente através da prostatectomia radical, parece-nos pertinente investigar de que forma estas variáveis, a par da contribuição das variáveis biológicas e médicas, podem ter influência no funcionamento sexual de homens com esta doença oncológica e que foram alvo de tratamento cirúrgico.

2. Objetivos e hipóteses do estudo empírico

O presente estudo tem como finalidade avaliar o papel de fatores cognitivos, nomeadamente, as crenças sexuais e os pensamentos automáticos, no funcionamento sexual de homens que tenham sido diagnosticados com cancro da próstata.

Uma vez que não existem estudos que evidenciem a relação entre os fatores cognitivos e o funcionamento sexual em homens diagnosticados com cancro da próstata, as hipóteses levantadas irão ser baseadas em estudos existentes para outras populações clínicas. De seguida, avança-se com algumas hipóteses de investigação para o presente estudo:

1. É esperado que a nível das crenças sexuais, dimensões como o conservadorismo, crença do “macho latino” e crenças sexuais acerca da satisfação sexual da mulher se constituam como preditores significativos do decréscimo do funcionamento sexual, para além da contribuição das variáveis médicas e biológicas (e.g., tratamento, idade).
2. Relativamente aos pensamentos automáticos espera-se que dimensões tais como a antecipação do fracasso, ereção e penetração sexual e escassez de pensamentos eróticos contribuam para o decréscimo do funcionamento sexual constituindo-se, de igual forma, como preditores significativos do funcionamento sexual.

Estudo Empírico

1. Método

1.1. Participantes

O presente estudo contou com a participação de 45 homens que foram diagnosticados com cancro da próstata e que se encontravam em tratamento ou sob vigilância após realização do tratamento. Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra é constituída por 45 homens com idades compreendidas entre os 47 e os 91 anos ($M = 69,11$, $DP = 9,780$). Relativamente ao estado civil, foi possível determinar um maior número de participantes correspondente ao estado casado/união de facto (93,3%), seguindo-se o divorciado/separado (4,4%) e, por último, e menos expressivo, o estado civil viúvo (2,2%) correspondente a apenas um participante. No que concerne às habilitações literárias verificou-se que dos 45 participantes, cerca de 51,1% apresentavam frequência escolar respeitante ao 1º ciclo (até à 4ª classe), 11,1% da amostra referiu frequência do 2º ciclo (5º e 6º ano), 13,3% referiu ter frequentado o 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano), relativamente ao nível secundário, verificou-se um total de 17,8% e, por último, e menos mencionado diz respeito à frequência de licenciatura/mestrado, constituído por cerca de 6,7% da amostra.

Tabela 1- Características sociodemográficas (n=45)

Idade			Estado civil		Habilitações literárias			
M	Min-Máx	DP		N	%		N	%
69,11	47-91	9,780	Casado/UF	42	93,3	1º ciclo	23	51,1
			Divorciado/Separado	2	4,4	2º ciclo	5	11,1
			Viúvo	1	2,2	3º ciclo	6	13,3
						Secundário	8	17,8
						Licenciatura/Mestrado	3	6,7

M=média. Min=mínimo. Máx=máximo. DP=desvio-padrão. UF=União de Facto

De acordo com a Tabela 2, verificou-se uma maior incidência de respostas na orientação sexual heterossexual (97,8%) na qual correspondeu a 44 indivíduos, tendo apenas 1 sujeito indicado a opção correspondente à orientação sexual bissexual (2,2%).

Conforme ilustrado ainda na presente tabela, foi possível determinar que num total de 45 sujeitos, 28 referiram não ter atualmente nenhum parceiro sexual (62,2%), 16 indivíduos nomearam um parceiro sexual (35,6%) e apenas um participante respondeu afirmando a existência de 2 parceiros sexuais (2,2%).

No que diz respeito à frequência de atividade sexual, cerca de 66,7% dos inquiridos referiu a inexistência de atividade sexual, imediatamente a seguir surgiu a frequência de atividade sexual “1/3 vezes por semana” correspondendo a 13,3% dos participantes, 11,1% referiram ter atividade sexual “1 vez por mês”, 4,4% dos sujeitos afirmaram ter frequência “raramente” e, por último e menos incidente, diz respeito à frequência “2/3 vezes por mês”, 3 “quase sempre” com uma correspondência em ambos de 2,2%.

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos

Orientação sexual	n (%)
Heterossexual	44 (97,8)
Homossexual	0 (0)
Bissexual	1 (2,2)
Relação afetiva atual	n (%)
Sim	45 (100)
Número de parceiros sexuais	n (%)
Nenhum parceiro sexual	28 (62,2)
Um parceiro sexual	16 (35,6)
Dois parceiros sexuais	1 (2,2)
Múltiplos parceiros sexuais	0 (0)
Frequência de atividade sexual	n (%)
Nenhuma	30 (66,7)
Raramente	2 (4,4)
1 vez por mês	5 (11,1)
2/3 vezes por mês	1 (2,2)
1/3 vezes por semana	6 (13,3)
Quase sempre	1 (2,2)

Considerando o total da amostra (n=45), 13 (28,9%) sujeitos referiram apresentar algum tipo de dificuldade/problema sexual aquando do estudo. De acordo com as questões referentes à presença de Disfunção Erétil, concluiu-se que 12 (26,7%) indivíduos afirmaram dificuldades em obter e manter a ereção durante a atividade sexual há mais de 6 meses, os 13 (28,9%) sujeitos referiram uma notável diminuição da rigidez do pénis durante a atividade sexual sendo que 12 (26,7%) destes indivíduos apresentaram esta dificuldade há mais de 6 meses. Considerando a questão da existência de problemas em obter e manter a ereção durante a masturbação a totalidade (28,9%) afirmou esta problemática. Por último, relativamente às ereções matinais, apenas 2 (4,4%) sujeitos indicaram a sua existência.

Ao analisar a situação de Ejaculação Retardada, concluiu-se que na questão referente à existência de dificuldade em atingir o orgasmo durante a atividade sexual, 12 (26,7%) sujeitos afirmaram sentindo esta dificuldade há mais de 6 meses. Quando questionados sobre a dificuldade em ejacular durante a atividade sexual, 9 (20,0%) sujeitos afirmaram que esta dificuldade existe há mais de 6 meses, comparativamente a 4 (8,9%) que referiram não ter este problema.

Tendo em conta a Perturbação do Desejo Hipoativo, na questão referente ao interesse pela atividade sexual, 1 (2,2%) sujeito mencionou interesse muito alto, 6 (13,3%) consideraram interesse médio, 5 (11,1%) indivíduos consideraram o seu interesse baixo e 1 (2,2%) afirmou apresentar interesse muito baixo. Observando apenas as respostas em que os sujeitos responderam “Baixo” e “Muito baixo”, pôde-se concluir que os 6 (13,3%) indivíduos sentiram esta dificuldade há mais de 6 meses e que destas 6 respostas, 4 (8,9%) referiram acontecer “Quase sempre/sempre”. Quando questionados sobre se o seu interesse mudou ou se era idêntico ao que sempre foi, os 13 (28,9%) sujeitos afirmaram ser menor e destes 12 (26,7%) sujeitos referiram esta dificuldade há mais de 6 meses.

Observando a presença de Ejaculação Precoce, apenas 1 (2,2%) dos 13 sujeitos referiu ejacular em menos de 1 minuto e que esta dificuldade existia há mais de 6 meses acontecendo com alguma frequência.

Em relação ao nível de satisfação com a relação afetiva que estes sujeitos tinham com a/o sua/seu companheira/o, 38 (84,4%) indivíduos encontraram-se entre o nível “*Satisfeito*” (44,4%), “*Muito satisfeito*” (8,9%) e “*Extremamente Satisfeito*” (31,1%). A restante percentagem da amostra (15,6%) que equivaleu a 7 indivíduos, esteve inserida nos níveis “*Nada satisfeito*” (4,4%), “*Pouco satisfeito*” (6,7%) e “*Nem insatisfeito nem satisfeito*” (4,4%). Considerando o grau de satisfação destes indivíduos relativamente à sua vida sexual

atual, observou-se que 42,2% da amostra referiu “Nem insatisfeito nem satisfeito”, 15,5% considerou o nível “Satisfeito” e “Muito satisfeito” e 42,2% afirmou “Nada satisfeito”, “Muito pouco satisfeito” e “Pouco satisfeito”.

Ao analisar a existência de uma outra condição médica existente concluiu-se que 14 indivíduos referiram não apresentar mais nenhum tipo de problema comparativamente com 31 sujeitos que afirmaram a presença de tensão arterial (28,9%), diabetes (15,6%), colesterol (35,6%), problemas cardíacos (15,6%) e apenas um caso de histórico de Acidente vascular cerebral (2,2%).

Ao questionar há quanto tempo foi realizado o diagnóstico de cancro da próstata, pôde-se observar respostas muito diversificadas desde os 2 meses (2,2%) até aos 20 anos de diagnóstico (4,4%). Apesar da diversidade acima referida, do total da amostra, 37 (82,4%) sujeitos foram diagnosticados há mais de 1 ano, comparativamente com 8 (17,6%) indivíduos que foram diagnosticados há menos de 1 ano. Cerca de 82,4% da amostra tomava medicação no momento, sendo que destes, 17,6% correspondeu a medicação para o cancro da próstata (injeções e medicação para auxiliar o funcionamento sexual - cialis).

Analisando a presença ou ausência de qualquer tipo de intervenção nos sujeitos, seja por tratamentos mais radicais como a cirurgia, radioterapia, ou tratamentos complementares como a hormonoterapia, quimioterapia ou através de fármacos, observou-se que 9 sujeitos ainda não haviam realizado qualquer tipo de intervenção, encontrando-se apenas sob vigilância. Do total da amostra (n=45), 14 participantes realizaram apenas prostatectomia radical, um inquirido realizou hormonoterapia a par da prostatectomia radical e radioterapia. Quatro sujeitos referiram a toma de medicação para o cancro da próstata, sendo que dois destes realizaram igualmente prostatectomia radical e radioterapia. Os dois participantes sujeitos à quimioterapia não realizaram prostatectomia, porém ambos foram tratados através da radioterapia.

1.2. Instrumentos de recolha de dados

1.2.1. Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)

O FSD-HMS consiste na recolha de informação relativa à idade, escolaridade, estado civil, orientação sexual, frequência de atividade sexual atual, existência e duração de dificuldades sexuais, número de parceiros atuais, consumo de substâncias, história de doença médica e psicológica.

1.2.2. Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)

O QCSD (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003) é um instrumento que permite avaliar um conjunto específico de estereótipos e crenças apresentadas na literatura clínica que atuam como fatores predisponentes para o desenvolvimento de diferentes disfunções sexuais. É composto por 40 itens em que o participante terá que identificar o grau de concordância relativamente às 40 afirmações desde 1 (“Discordo completamente”) a 5 (“Concordo completamente”). As afirmações dizem respeito a diversas questões sexuais, tais como o conservadorismo sexual (“O orgasmo só é possível através do coito vaginal”), poder sexual feminino/necessidade de controlo sexual (“Uma mulher no seu auge sexual faz dos homens tudo o que quer”), crenças relativas a “macho latino” (“Um verdadeiro homem está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher”), crenças acerca da satisfação sexual das mulheres (“O que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis”) e sexo como abuso de poder dos homens (“A mulher não tem outra hipótese senão subjugar-se sexualmente ao poder do homem”). Os estudos psicométricos mostram que a escala global apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .81) e a fiabilidade do teste-reteste corresponde a ($r = .80$). Para cada um dos fatores acima descritos, os valores de alfa variam entre .50 e .81. O instrumento demonstrou uma validade discriminante entre o grupo clínico e o grupo sem problemas sexuais (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003).

1.2.3. Questionário de Modos Sexuais (QMS)

O QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003) é um instrumento composto por 33 itens, constituído por três subescalas interdependentes: pensamentos automáticos, sentimentos e resposta sexual. A subescala de pensamentos automáticos contém cinco dimensões, nomeadamente, antecipação do fracasso (“Isto já não vai a lado nenhum”), ereção e penetração sexual (“Não posso falhar a ereção”), idade e funcionamento sexual (“Estou a ficar velho”), pensamentos negativos em relação ao sexo (“Se falho a ereção é uma vergonha”) e escassez de pensamentos eróticos (“Isto é nojento e repugnante”), sendo composta por cinco possibilidades de resposta desde 1 (“Nunca”) a 5 (“Sempre”). Relativamente à subescala de sentimentos, esta é constituída por 10 tipos de sentimentos, sendo eles: preocupação, tristeza, desilusão, medo, culpa, vergonha, irritação, mágoa, prazer e satisfação. O participante tem que referir qual o sentimento que melhor se adequa ao tipo de pensamento automático. Por último, a subescala referente à resposta sexual é constituída por cinco tipos de resposta desde 1 (“Muito baixa”) a 5 (“Muito alta”). A

intensidade da resposta sexual diz respeito ao desejo e excitação perante o pensamento e sentimento.

Este instrumento mede a relação existente entre os pensamentos automáticos, sentimentos e o comportamento sexual durante a atividade sexual. Os estudos psicométricos indicam-nos uma boa consistência interna ($\alpha = .88$) e uma moderada fiabilidade teste-reteste ($r = .65$) no que concerne à escala global. De acordo com cada um dos fatores, os valores α são considerados adequados, variando entre .71 e .87. O instrumento apresenta de igual forma uma validade discriminante consistente entre um grupo clínico e o grupo sem problemas sexuais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003).

No presente estudo apenas a subescala de pensamentos automáticos será utilizada.

1.2.4. Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

O IIEF (Rosen, et al., 1997) é um questionário breve e de fácil administração, constituído por 15 itens de auto-resposta com o objetivo de avaliar as diferentes áreas do funcionamento sexual masculino: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Possibilita o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada e de um índice total de funcionamento sexual, onde os valores mais elevados correspondem a melhores níveis de funcionamento sexual (função erétil de 1 a 30, função orgásmica de 0 a 10, desejo sexual de 2 a 10, satisfação sexual de 0 a 15, satisfação geral de 2 a 10 constituindo-se um total entre 5 a 75). Através de estudos psicométricos realizados com a versão original do IIEF, foi possível verificar a consistência interna do instrumento (valores de α de Cronbach iguais ou superiores a .73) e a consistência temporal das suas 5 subescalas (fidelidade teste-reteste: desde $r = .64$ a $r = .84$). O instrumento demonstrou uma validade discriminante entre os grupos clínicos e os grupos de controlo ao apresentar diferenças significativas nas pontuações médias e na sensibilidade na deteção de alterações decorrentes de intervenções psicoterapêuticas (Rosen et. al., 1997). Relativamente à versão Portuguesa, os estudos psicométricos revelaram valores de consistência interna (valores de α de Cronbach entre .72 e .86) e de fidelidade teste-reteste para as 5 subescalas do instrumento (desde $r = .14$ a $r = .90$), replicadas através da análise fatorial confirmatória. A versão Portuguesa verificou de igual modo a sensibilidade para diferenciar entre grupos clínicos (homens com disfunção erétil) e grupos de controlo (Quinta Gomes & Nobre, 2012b).

1.2.5. Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI)

A SDI consiste na avaliação de disfunções sexuais através de uma entrevista clínica estruturada, tendo por base os critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV-TR (APA,

2000). No âmbito do presente estudo será utilizada a versão masculina da entrevista (versão Portuguesa traduzida e adaptada por Nobre, Carvalheira, & Fonseca, 2003). A SDI permite a avaliação de cada disfunção sexual referida pelo manual de diagnóstico e possibilita a recolha de informação respeitante à orientação sexual, frequência e história do comportamento sexual e acesso a experiências sexuais indesejadas. Neste estudo irá ser utilizada uma versão adaptada da SDI de forma a incluir as alterações nos critérios de diagnóstico para as disfunções sexuais constantes na versão atual do DSM-V (2013).

1.3. Procedimentos de recolha de dados

Num primeiro momento, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e às instituições de saúde envolvidas para a realização deste estudo. Após o parecer favorável por parte da FPCEUP e da instituição de saúde, os participantes recrutados nas referidas instituições foram convidados a participar de forma voluntária num estudo sobre o papel dos fatores cognitivos no funcionamento sexual masculino em homens com cancro da próstata. De salientar que questões como a confidencialidade e o anonimato das respostas estiveram garantidos ao longo de todo o estudo, para que a privacidade dos participantes fosse respeitada. Inicialmente foi realizada uma entrevista clínica junto do médico, investigadora e possíveis participantes para informar acerca da natureza e objetivos do estudo e, após preenchimento dos critérios acima referidos necessários para a continuação no estudo, os participantes foram convidados a responder a um conjunto de questionários destinados a avaliar as seguintes dimensões psicológicas: crenças sexuais disfuncionais, pensamentos sexuais, e funcionamento sexual. As questões relacionadas com o anonimato e confidencialidade das respostas estiveram sempre preservadas e as respostas aos questionários foram remetidas automaticamente para uma base de dados com acesso restrito aos elementos ligados ao estudo. Foi ainda disponibilizado um endereço de e-mail para que os participantes pudessem contactar a investigadora para eventuais esclarecimentos relacionados com a sua participação ou para conhecer os resultados da investigação.

1.4. Procedimentos de análise de dados

Tendo em conta a natureza quantitativa do estudo, recorreu-se ao software IBM SPSS Statistics para Windows, versão 25. Foram realizadas análises, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson, com o objetivo de avaliar a relação dos fatores cognitivos,

nomeadamente as crenças sexuais (medidas através do QCSD) e os pensamentos automáticos (medidos através do QMS) com a idade, prostatectomia e dimensões do funcionamento sexual. Em todas as análises univariadas consequentes, os níveis de significância foram ajustados com a fórmula de Bonferroni.

Realizaram-se ainda regressões múltiplas hierárquicas com o objetivo de testar a capacidade preditiva das crenças sexuais e dos pensamentos automáticos no funcionamento sexual, introduzindo no passo 1 a idade, e no passo 2 a prostatectomia, com o objetivo de controlar o efeito de ambas as variáveis. Num terceiro passo foram introduzidas as variáveis preditoras, nomeadamente as dimensões correspondentes às crenças sexuais e aos pensamentos automáticos (método Enter).

Por último, revela-se importante referir que, para todas as análises realizadas, foi considerado um nível de significância inferior a .05 ($p < .05$) para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas.

No presente trabalho, considerou-se apenas o efeito da prostatectomia radical por ser o tratamento que tem demonstrado níveis mais elevados no de incidência de disfunção erétil após tratamento cirúrgico.

2. Resultados

2.1. A relação do funcionamento sexual com a idade e a prostatectomia

De forma a verificar a relação entre o funcionamento sexual, a idade e a realização de prostatectomia radical, realizou-se uma correlação bivariada de Pearson. Os resultados indicam que o total do IIEF encontra-se negativa e significativamente associado apenas com a prostatectomia ($r = -.445$, $p = .016$). Conforme tabela 3, relativamente à dimensão função erétil encontra-se igualmente uma correlação negativa e significativamente associada com a prostatectomia ($r = -.393$, $p = .021$). A dimensão função orgásmica encontra-se de igual forma negativa e significativamente associada com a prostatectomia ($r = -.356$, $p = .016$). A dimensão satisfação sexual indica uma correlação negativa e significativamente associada com a idade ($r = -.341$, $p = .021$) e com a prostatectomia ($r = -.319$, $p = .033$). Por último, a dimensão desejo sexual indica uma correlação negativa e significativamente associada apenas com a idade ($r = -.615$, $p = .000$).

2.2. A relação das dimensões das crenças sexuais e dos pensamentos automáticos com a idade, prostatectomia e dimensões do funcionamento sexual

No sentido de avaliar a relação das crenças sexuais com a idade, prostatectomia e dimensões do funcionamento sexual, realizou-se uma correlação bivariada de Pearson. Ao analisar os resultados (Tabela 3) verifica-se que apenas a crença sexual relacionada com o mito do macho latino encontra-se positiva e significativamente associada com a idade ($r = .387$, $p = .009$) e encontra-se negativa e significativamente associada com a dimensão desejo sexual do funcionamento sexual ($r = -.435$, $p = .018$).

No sentido de avaliar a relação dos pensamentos automáticos com a idade, prostatectomia e dimensões do funcionamento sexual, realizou-se novamente uma correlação bivariada de Pearson. Os resultados indicam (Tabela 4) que a dimensão dos pensamentos relacionada com a antecipação do fracasso encontra-se negativa e significativamente associada com a idade ($r = -.371$, $p = .012$), verifica-se ainda que esta mesma dimensão se encontra negativa e significativamente associada com a dimensão satisfação geral do funcionamento sexual ($r = -.415$, $p = .005$). Verifica-se ainda que a dimensão dos pensamentos relacionada com a ereção e penetração sexual se encontra negativa e significativamente associada com a idade ($r = -.406$, $p = .006$) e com a dimensão satisfação geral do funcionamento sexual ($r = -.406$, $p = .003$). Por último, de

acordo com a dimensão escassez de pensamento eróticos, verifica-se que se encontra positiva e significativamente associada com a idade ($r = .676$, $p = .000$), os resultados indicam ainda uma correlação negativa e significativamente associada com as dimensões: desejo sexual ($r = -.557$, $p = .002$), função erétil ($r = -.381$, $p = .026$), função orgásmica ($r = -.306$, $p = .041$), satisfação sexual ($r = -.353$, $p = .017$) e com o total do IIEF ($r = -.400$, $p = .031$).

Perante os resultados obtidos, revela-se pertinente controlar o efeito da idade e da prostatectomia nas análises realizadas para obter conhecimento sobre até que ponto as variáveis cognitivas, acima analisadas, conseguem explicar o funcionamento sexual como também as suas dimensões.

Tabela 3 - Correlações parciais entre as crenças sexuais, idade, prostatectomia e funcionamento sexual

	IIEF N = 29	Desejo sexual N = 29	Função erétil N = 34	Função orgásmica N = 45	Satisfação sexual N = 45	Satisfação geral N = 45	Idade N = 45
Idade	-.307	- .615**	-.279	-.179	-.343*	-.063	
Prostatectomia	- .445*	-.197	-.393*	-.356*	-.319*	-.136	
Conservadorismo	.049	-.055	.013	.171	.116	.062	.069
Macho latino	-.277	-.435*	-.226	-.037	-.160	-.173	.387**
Satisfação sexual feminina	-.136	-.316	-.105	-.007	-.113	-.164	.263

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; Os níveis de significância foram ajustados com a fórmula de Bonferroni.

Tabela 4 - Correlações parciais entre os pensamentos automáticos, idade, prostatectomia e funcionamento sexual

	IIEF	Desejo sexual	Função erétil	Função orgásmica	Satisfação sexual	Satisfação geral	Idade
	N = 29	N = 29	N = 34	N = 45	N = 45	N = 45	N = 45
Idade	-.307	-.615**	-.279	-.179	-.343*	-.063	
Prostatectomia	-.445*	-.197	-.393*	-.356*	-.319*	-.136	
Antecipação do fracasso	.065	.153	.033	.069	.097	-.415**	-.371*
Ereção e penetração sexual	.034	.081	-.022	.026	.028	-.431**	-.406**
Escassez de pensamentos eróticos	-.400*	-.557**	-.381*	-.306*	-.353*	-.237	.676**

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; Os níveis de significância foram ajustados com a fórmula de Bonferroni.

2.3. A capacidade preditiva das crenças sexuais no funcionamento sexual

No sentido de avaliar a capacidade preditiva das crenças sexuais no funcionamento sexual masculino, realizaram-se diferentes análises de regressões múltiplas hierárquicas, controlando primeiramente o efeito da idade (introduzida no passo 1) e, posteriormente, controlando o efeito da realização de prostatectomia radical (introduzida no passo 2). No passo 3 foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais, tendo em conta o total das dimensões do funcionamento sexual e, num segundo momento, cada dimensão do funcionamento sexual, como variáveis de critério.

Relativamente à capacidade preditiva das crenças sexuais no funcionamento sexual em geral, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, não se revelou significativo ($F [1,27] = 2.800$, $p > .05$, $R^2 = .094$). Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo revelou-se significativo ($F [2,26] = 5.222$, $p < .05$, $R^2 = .287$), explicando 28% da variância. Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais “conservadorismo”, “macho latino” e “satisfação sexual feminina”, o modelo não se revelou significativo ($F [5,23] = 2.446$, $p > .05$, $R^2 = .347$), apesar de se encontrar próximo do limiar ($p = .064$) com tendência para a significância. Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 5), foi possível observar que a inserção das dimensões correspondentes às crenças sexuais não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$).

Analisando a capacidade preditiva das crenças sexuais na dimensão “desejo sexual” do funcionamento sexual, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, revelou-se significativo ($F [1,27] = 16.437$, $p < .05$, $R^2 = .378$), explicando 38% da variância. Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo mostrou-se novamente significativo ($F [2,26] = 9.122$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (41%) revelou-se significativo ($R^2 = .412$, $\Delta R^2 = .034$, $p < .05$). Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais “conservadorismo”, “macho latino” e “satisfação sexual feminina”, o modelo revelou-se mais uma vez significativo ($F [5,23] = 3.840$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (46%) revelou-se significativo ($R^2 = .455$, $\Delta R^2 = .043$, $p < .05$).

Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 6), foi possível observar que a inserção da variável “conservadorismo”, “macho latino” e “satisfação sexual feminina” não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$).

Relativamente à capacidade preditiva das crenças sexuais na dimensão “satisfação sexual” do funcionamento sexual, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, revelou-se significativo ($F [1,43] = 5.726$, $p < .05$, $R^2 = .118$), explicando 11% da variância. Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo mostrou-se novamente significativo ($F [2,42] = 5.788$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (22%) revelou-se significativo ($R^2 = .216$, $\Delta R^2 = .099$, $p < .05$). Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais “conservadorismo”, “macho latino” e “satisfação sexual feminina”, o modelo revelou-se uma vez mais significativo ($F [5,39] = 2.529$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (25%) revelou-se significativo ($R^2 = .245$, $\Delta R^2 = .029$, $p < .05$). Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 7), verificou-se que a inserção da variável “conservadorismo”, “macho latino” e “satisfação sexual feminina” não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$). Realizaram-se ainda análises de regressões múltiplas hierárquicas para as restantes dimensões das crenças sexuais e do funcionamento sexual, no entanto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

Tabela 5 - As crenças sexuais como preditoras do funcionamento sexual (N = 29)

Análise de regressão múltipla hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,094	
Idade	-,725	,433	-,307		
Modelo 2				,287**	,193*
Idade	-,704	,392	-,298		
Prostatectomia	-18,495	6,980	-,439**		
Modelo 3				,347	,061
Idade	-,180	,536	-,076		
Prostatectomia	-18,425	7,333	-,437*		
Conservadorismo	,787	,856	,234		
Macho latino	-2,125	1,594	-,380		
Satisfação sexual feminina	-,398	,903	-,092		

Nota. *p<.05; **p<.01

Tabela 6 - As crenças sexuais como preditoras da dimensão "desejo sexual" do funcionamento sexual (N = 29)

Análise de regressão múltipla hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,378**	
Idade	-,145	,036	-,615**		
Modelo 2				,412**	,034
Idade	-,106	,049	-,451**		
Prostatectomia	-,771	,629	-,184		
Modelo 3				,455**	,043
Idade	-,106	,049	-,451*		
Prostatectomia	-,787	,666	-,188		
Conservadorismo	,058	,078	,172		
Macho latino	-,119	,145	-,214		
Satisfação sexual feminina	-,077	,082	-,179		

Nota. *p<.05; **p<.01

Tabela 7 - As crenças sexuais como preditoras da dimensão "satisfação sexual" do funcionamento sexual (N = 45)

Análise de regressão hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,118*	
Idade	-,143	,060	-,343*		
Modelo 2				,216**	,099*
Idade	-,141	,057	-,338*		
Prostatectomia	-2,590	1,127	-,314*		
Modelo 3				,245*	,029
Idade	-,116	,065	-,277		
Prostatectomia	-2,404	1,186	-,291*		
Conservadorismo	,157	,141	,214		
Macho latino	-,124	,232	-,115		
Satisfação sexual feminina	-,099	,151	-,122		

Nota. *p<.05; **p<.01

2.4. A capacidade preditiva dos pensamentos automáticos no funcionamento sexual

No sentido de avaliar a capacidade preditiva dos pensamentos automáticos no funcionamento sexual masculino, realizaram-se diferentes análises de regressões múltiplas hierárquicas, controlando primeiramente o efeito da idade (introduzida no passo 1) e, posteriormente, controlando o efeito da realização de prostatectomia radical (introduzida no passo 2). No passo 3 foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões dos pensamentos automáticos, tendo em conta o total das dimensões do funcionamento sexual e, num segundo momento, cada dimensão do funcionamento sexual, como variáveis de critério.

Relativamente à capacidade preditiva dos pensamentos automáticos no total do funcionamento sexual, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, não se revelou significativo ($F [1,27] = 2.800$, $p > .05$, $R^2 = .094$). Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo revelou-se significativo ($F [2,26] = 5.222$, $p < .05$, $R^2 = .287$), explicando 28% da variância. Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões dos pensamentos automáticos “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos erótico”, o modelo não se revelou significativo ($F [5,23] = 2.267$, $p > .05$, $R^2 = .330$), apesar de se encontrar próximo do limiar ($p = .082$) com tendência para a significância. Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 8), foi possível observar que a inserção das dimensões correspondentes aos pensamentos automáticos não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$).

Analisando a capacidade preditiva dos pensamentos automáticos na dimensão “desejo sexual” do funcionamento sexual, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, revelou-se significativo ($F [1,27] = 16.437$, $p < .05$, $R^2 = .378$), explicando 38% da variância. Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo mostrou-se novamente significativo ($F [2,26] = 9.122$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (41%) revelou-se significativo ($R^2 = .412$, $\Delta R^2 = .034$, $p < .05$). Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões dos pensamentos automáticos “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos eróticos”, o modelo revelou-se mais uma vez significativo ($F [5,23] = 4.198$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (48%) revelou-se significativo ($R^2 = .477$, $\Delta R^2 = .065$, $p < .05$).

Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 9), foi possível observar que a inserção da variável “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos eróticos” não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$).

Relativamente à capacidade preditiva dos pensamentos automáticos na dimensão “função erétil” do funcionamento sexual, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, não se revelou significativo ($F [1,32] = 2.696$, $p > .05$, $R^2 = .078$). Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo revelou ser significativo ($F [2,31] = 5.542$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (26%) revelou-se significativo ($R^2 = .263$, $\Delta R^2 = .186$, $p < .05$). Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões dos pensamentos automáticos “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos eróticos”, o modelo revelou-se novamente significativo ($F [5,28] = 2.598$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (32%) revelou-se significativo ($R^2 = .317$, $\Delta R^2 = .054$, $p < .05$).

Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 10), foi possível observar que a inserção da variável “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos eróticos” não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$).

Analisando a capacidade preditiva dos pensamentos automáticos na dimensão “satisfação sexual” do funcionamento sexual, o modelo correspondente ao primeiro passo utilizando a idade como preditor, revelou-se significativo ($F [1,43] = 5.726$, $p < .05$, $R^2 = .118$), explicando 12% da variância. Num segundo passo, ao acrescentar a prostatectomia como segundo preditor, o modelo mostrou-se novamente significativo ($F [2,42] = 5.788$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (22%) revelou-se significativo ($R^2 = .216$, $\Delta R^2 = .099$, $p < .05$). Quando, num terceiro passo, foram introduzidas como variáveis independentes as dimensões dos pensamentos automáticos “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos eróticos”, o modelo revelou-se mais uma vez significativo ($F [5,39] = 2.631$, $p < .05$), sendo que o aumento da variância explicada (25%) revelou-se significativo ($R^2 = .252$, $\Delta R^2 = .036$, $p < .05$).

Ao analisar os coeficientes de regressão (Tabela 11), foi possível observar que a inserção da variável “antecipação do fracasso”, “ereção e penetração sexual” e “escassez de pensamentos eróticos” não aumentou significativamente a variância explicada da variável dependente ($p > .05$).

Tabela 8 - Os pensamentos automáticos como preditores do funcionamento sexual (N = 29)
Análise de regressão múltipla hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,094	
Idade	-,725	,433	-,307		
Modelo 2				,287**	,193*
Idade	-,704	,392	-,298		
Prostatectomia	-18,495	6,980	-,439*		
Modelo 3				,330	,043
Idade	-,464	,539	-,196		
Prostatectomia	-16,970	7,345	-,403*		
Antecipação do fracasso	-,312	1,876	-,071		
Ereção e penetração sexual	-,030	,907	-,013		
Escassez de pensamentos eróticos	-,843	,748	-,239		

Nota. *p<.05; **p<.01

Tabela 9 - Os pensamentos automáticos como preditores da dimensão "desejo sexual" do funcionamento sexual (N = 29)

Análise de regressão múltipla hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,378**	
Idade	-,145	,036	-,615**		
Modelo 2				,412**	,034
Idade	-,144	,035	-,611**		
Prostatectomia	-,771	,629	-,184		
Modelo 3				,477**	,065
Idade	-,118	,047	-,501*		
Prostatectomia	-,590	,645	-,141		
Antecipação do fracasso	-,005	,165	-,011		
Ereção e penetração sexual	-,028	,080	-,126		
Escassez de pensamentos eróticos	-,096	,066	-,275		

Nota. *p<.05; **p<.01

Tabela 10 - Os pensamentos automáticos como preditores da dimensão "função erétil" do funcionamento sexual (N = 34)

Análise de regressão múltipla hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,078	
Idade	-,285	,173	-,279		
Modelo 2				,263**	,186**
Idade	-,339	,159	-,332*		
Prostatectomia	-8,203	2,935	-,434**		
Modelo 3				,317*	,054
Idade	-,225	,219	-,220		
Prostatectomia	-7,578	3,097	-,401*		
Antecipação do fracasso	,090	,650	,046		
Ereção e penetração sexual	-,170	,328	-,170		
Escassez de pensamentos eróticos	-,390	,326	-,243		

Nota. *p<.05; **p<.01

Tabela 11 - Os pensamentos automáticos como preditores da dimensão "satisfação sexual" do funcionamento sexual (N = 45)

Análise de regressão múltipla hierárquica

Passos da análise e preditores	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Modelo 1				,118*	
Idade	-,143	,060	-,343*		
Modelo 2				,216**	,099*
Idade	-,141	,057	-,338*		
Prostatectomia	-2,590	1,127	-,314*		
Modelo 3				,252*	,036
Idade	-,124	,086	-,296		
Prostatectomia	-2,298	1,205	-,278		
Antecipação do fracasso	,185	,266	,214		
Ereção e penetração sexual	-,138	,130	-,328		
Escassez de pensamentos eróticos	-,098	,134	-,143		

Nota. *p<.05; **p<.01

3. Discussão

O presente estudo teve como finalidade avaliar o papel de fatores cognitivos, nomeadamente as crenças sexuais e os pensamentos automáticos, no funcionamento sexual de homens que tenham sido diagnosticados com cancro da próstata, que ainda estivessem em tratamento ou sob vigilância após intervenção cirúrgica, ou que estivessem apenas sob vigilância, sugerida pelo médico, não tendo sido submetidos a qualquer tipo de intervenção médica. Pretendeu-se ainda avaliar a relação entre os fatores cognitivos acima referidos, controlando o efeito da idade e da realização de prostatectomia radical, com o funcionamento sexual destes homens, uma vez que, tal como referido anteriormente, a prostatectomia radical se traduz numa intervenção que acarreta um conjunto de complicações que podem interferir negativamente na qualidade de vida destes sujeitos, desde disfunção erétil e incontinência urinária a questões de cariz psicossocial, nomeadamente ansiedade, depressão e baixa autoestima (Izidoro, Soares, Vieira, Orlandi, Júnior, Oliveira, & Napoleão, 2019).

De acordo com o modelo cognitivo-emocional das disfunções sexuais masculinas (Nobre, 2013), este preconiza que os esquemas cognitivos, ideias que o sujeito tem sobre si e sobre o mundo, quando ativados, orientam e atribuem um significado a uma determinada situação e consequentemente desempenham um papel central como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção da disfunção sexual. Segundo a literatura, não só a disfunção erétil se traduz numa consequência bastante comum em homens com cancro da próstata (Cancro da Próstata, 2007; Klett, 2014), como também a diminuição do desejo sexual, dificuldades no orgasmo e dor sexual (Nunes et al., 2004).

Até ao momento não existem estudos que abordem os fatores cognitivos em homens com cancro da próstata representando o presente estudo um carácter inovador no que diz respeito à abordagem e investigação sobre os fatores cognitivos e o funcionamento sexual em homens com esta problemática. Apesar de o presente estudo não demonstrar muitos resultados estatísticos, os que serão relatados refletem de facto para o que a literatura nos demonstra acerca da relação entre os fatores cognitivos e o funcionamento sexual masculino evidenciando ainda mais a pertinência deste estudo inovador.

Tendo em conta a primeira hipótese, seria esperado que a nível das crenças sexuais, dimensões como o conservadorismo, crença do “macho latino” e crenças relacionadas com a satisfação sexual feminina se constituíssem como preditores significativos do decréscimo do funcionamento sexual. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que apenas a crença relacionada com o mito do “macho latino” se encontra negativa e significativamente

associada com a dimensão “desejo sexual” do funcionamento sexual. Apesar de a dimensão mito do “macho latino” ter sido a única a revelar uma correlação significativa, vai de encontro com o que os estudos demonstram, isto é, uma vez ativados, os esquemas cognitivos, nomeadamente as crenças sexuais, influenciam o comportamento sexual dos sujeitos (Nobre, 2003). Ainda relativamente a esta crença, não se encontraram resultados estatisticamente significativos nem com outra dimensão do funcionamento sexual nem com o seu total. As crenças relacionadas com o conservadorismo e com a satisfação sexual feminina, nesta amostra, não se revelaram estatisticamente significativas com o funcionamento sexual total ou com as suas dimensões, contrastando com o que a literatura suporta, ou seja, de acordo com um estudo realizado por Nobre e colaboradores (2003), este indica-nos que crenças relacionadas com o alto desempenho sexual, crenças sobre a satisfação sexual feminina e relacionadas com o conservadorismo, apresentaram significância estatística, concluindo que homens com disfunção sexual apresentam uma maior tendência para a existência de crenças sexuais disfuncionais (Nobre et al., 2003).

Sublinhando, e tendo em conta o estudo acima referido de Nobre e colaboradores, a existência da crença “um homem que não satisfaça a mulher é um fracassado” influencia significativamente o comportamento dos sujeitos durante a atividade sexual (Nobre et al., 2003), não se relacionando com os resultados verificados no presente estudo, uma vez que a dimensão “satisfação sexual feminina” não revelou resultados estatisticamente significativos.

Concluindo, e de forma a salientar o resultado da correlação entre a crença “macho latino” e a dimensão “desejo sexual”, é um facto que a crença acima referida apresenta maior significância no que diz respeito à alteração do comportamento do indivíduo e consequente resposta sexual, nomeadamente a nível da dimensão “desejo sexual” do funcionamento sexual. Foram ainda realizadas análises com o objetivo de tentar compreender até que ponto as crenças sexuais conseguiriam explicar o funcionamento sexual, controlando o efeito da idade e da prostatectomia. A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que as crenças sexuais não se constituem como preditoras no funcionamento sexual destes homens, apesar de revelarem um certo peso negativo no seu funcionamento sexual.

Refletindo sobre a primeira hipótese levantada, pode-se concluir que relativamente às três dimensões das crenças sexuais analisadas neste estudo, a crença mito do “macho latino” foi a única que evidenciou resultados estatisticamente significativos, apoiando o que a literatura nos fornece acerca desta temática.

De acordo com a segunda hipótese apresentada neste estudo, seria de esperar que relativamente aos pensamentos automáticos, dimensões como a antecipação do fracasso, ereção e penetração sexual e escassez de pensamentos eróticos se constituíssem como preditores significativos para o decréscimo do funcionamento sexual. A partir dos resultados encontrados verifica-se que as dimensões dos pensamentos automáticos relacionadas com a antecipação do fracasso e ereção e penetração sexual se encontram negativa e significativamente associadas com a dimensão satisfação geral do funcionamento sexual, salientando assim estudos anteriores que demonstram que a presença de pensamentos relativos à ereção e penetração sexual influenciam diretamente a resposta sexual do indivíduo, contribuindo para a manutenção da disfunção sexual (Nobre, 2010). Observando os resultados correspondentes à dimensão dos pensamentos automáticos relacionada com a escassez de pensamentos eróticos, verifica-se a existência de uma correlação negativa e significativa com as dimensões desejo sexual, função erétil, função orgásmica e satisfação sexual do funcionamento sexual bem como com o seu total, confirmando os resultados obtidos em estudos anteriores (Nobre, 2010) onde se verificou que para além dos pensamentos relativos à ereção, a escassez de pensamentos eróticos também se constitui como preditor para o desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil. Salientando e suportando uma vez mais os resultados obtidos, num outro estudo realizado por Carvalho e Nobre (2011a) verificou-se que a escassez de pensamentos eróticos e pensamentos relativos à ereção influenciam diretamente a resposta sexual do indivíduo e atuando na manutenção da sua disfunção sexual.

Tendo em conta a possibilidade da existência de capacidade preditiva por parte dos pensamentos automáticos no funcionamento sexual, e controlando o efeito da idade e da prostatectomia, verificou-se que ao analisar os coeficientes de regressão, os pensamentos automáticos não apresentam um resultado significativo no funcionamento sexual, porém, evidenciam uma certa influência negativa nas dimensões desejo sexual, função erétil e satisfação sexual.

Refletindo sobre a segunda hipótese levantada, pode-se concluir que relativamente às três dimensões dos pensamentos automáticos analisadas neste estudo, os pensamentos que evidenciaram resultados estatisticamente significativos em relação ao funcionamento sexual dizem respeito à antecipação do fracasso, ereção e penetração sexual e à escassez de pensamentos eróticos, apoiando uma vez mais o que a literatura nos demonstra.

Ao analisar as correlações entre a idade, a realização de prostatectomia radical e as diferentes dimensões do funcionamento sexual, verificaram-se associações negativas e

significativas. As dimensões relacionadas com a função erétil e orgásmica encontram-se negativa e significativamente associadas com a realização de prostatectomia radical, salientando o que a literatura nos demonstra ao referir que a disfunção erétil é uma consequência comum após intervenção seja a nível cirúrgico ou mediante intervenção de radioterapia, crioterapia ou hormonoterapia (Cancro da Próstata, 2007). Outros estudos têm mostrado que após a realização de tratamentos, uma percentagem significativa de homens apresenta alterações na capacidade erétil, diminuição do desejo sexual, dificuldades no orgasmo e dor sexual (e.g. Nunes et al., 2004; Fan, 2002). A dimensão satisfação sexual do funcionamento sexual indica uma correlação negativa e significativamente associada com a idade e com a realização de prostatectomia, evidenciando novamente a teoria.

Por último, o presente estudo evidencia uma correlação negativa e significativamente associada entre a dimensão desejo sexual do funcionamento sexual e a idade, sendo novamente o esperado, uma vez que tendo em conta um estudo realizado por Carvalho e Nobre (2011b), a idade apresentou um impacto na dimensão desejo sexual em homens que apresentassem crenças disfuncionais associadas.

Os resultados obtidos no presente estudo, nomeadamente a associação das dimensões cognitivas, a realização de prostatectomia e o funcionamento sexual de homens com cancro da próstata, remetem-nos para questões como a possibilidade de os fatores médicos se sobreponem ou não às crenças avaliadas. Segundo Dahn (2004) e citado por Chung e Brock (2013), existe uma diminuição significativa do funcionamento sexual em cerca de 24% dos homens submetidos a prostatectomia (Chung & Brock, 2013), no entanto, não existem estudos que avaliem estas hipóteses, revelando-se importante investigação futura nestas temáticas.

Uma outra questão é levantada, que se prende com o facto de o funcionamento erétil deixar de ser significativo em homens sujeitos a prostatectomia. De acordo com a literatura, apesar de a função sexual se alterar com o avançar da idade, a vivência de uma sexualidade satisfatória continua a ser fundamental na vida dos homens (Bokhour, Clark, Thomas, Silliman, & Talcott, 2001).

Refletindo na componente emocional, nomeadamente a tristeza, esta apresenta um papel importante na manutenção do problema, privando o indivíduo de pensamentos eróticos e sensações prazerosas, gerando alterações no comportamento sexual (Nobre, 2013). Após diagnóstico de cancro da próstata, a doença é caracterizada, para além dos efeitos secundários já mencionados, por inquietações psicológicas e emocionais muito fortes associadas ao peso da notícia e que poderão influenciar diretamente a saúde sexual do

indivíduo (Klett, 2014). Apesar de no presente estudo, a psicopatologia não ter sido avaliada devido à reduzida quantidade de respostas na dimensão correspondente à depressão do questionário BSI (Breve Inventário de Sintomas), admite-se a importância de que tal análise deveria ter sido avaliada tendo em conta que, de acordo com estudos realizados, a depressão é apresentada entre 13% a 27% e a ansiedade está de igual forma presente, com uma percentagem de 70% em homens diagnosticados com cancro da próstata (Izidoro, et al., 2019), salientando a importância da avaliação da psicopatologia em estudos futuros.

Como referido acima, até à data, não são conhecidos estudos que abordem os fatores cognitivos relativamente a indivíduos que estejam a passar por um processo de cancro da próstata, revelando antes de mais a pertinência e ponto forte deste estudo. Como limitação considerável e mais visível podemos assumir o reduzido tamanho da amostra que poderá comprometer a generalização dos resultados obtidos, sendo o mais sensato e correto concluir apenas que os resultados encontrados apenas se adequam à amostra em questão. Relacionada com a limitação acima referida, acrescenta-se a existência de uma amostra bastante heterogénea, em termos de idade, histórico da doença e tratamentos realizados. O reduzido tamanho da amostra não proporcionou a possibilidade de dividir a população tendo em conta as suas diferentes características, pois não iríamos obter grupo proporcionais em termos de tamanho. Uma outra limitação encontra-se diretamente relacionada com a desejabilidade social, ou seja, devido ao facto de a recolha de dados ter sido realizada através de uma entrevista presencial, a veracidade das respostas poderá estar comprometida pelos participantes responderem conforme o que é socialmente aceite e desejável e não de acordo com as suas próprias atitudes e/ou pensamentos, tendo em conta que todas as questões colocadas apresentavam dimensões muito pessoais da vida dos participantes. Apesar de no início da entrevista ter sido salientada a necessidade de veracidade das respostas como também as questões de anonimato e confidencialidade para a obtenção de resultados o mais realistas possível, as respostas poderão não ter sido as mais sinceras enviesando desta forma os resultados conseguidos. No presente estudo, não se avaliou o efeito da psicopatologia, constituindo-se assim como uma importante limitação. Tendo em conta que os homens com cancro da próstata desenvolvem níveis elevados de ansiedade e depressão e que consequentemente condicionam o funcionamento sexual, revela-se fundamental em estudos futuros a avaliação desta dimensão.

Apesar dos escassos resultados obtidos, a existência de alguma informação relativamente à relação dos fatores cognitivos e o funcionamento sexual em homens com cancro da próstata conseguida no presente estudo revela a importância de estudos futuros

para obter um maior conhecimento desta temática, salientando a importância de uma maior amostra para que futuros resultados possam ser considerados de forma generalizada através de uma análise mais complexa e robusta.

Um maior conhecimento sobre o tema em questão é crucial pois poderá ser constituído como uma rampa de lançamento para o desenvolvimento de modelos de intervenção mais eficazes com o objetivo de auxiliar estes homens quer a nível sexual, contribuindo para o aumento do seu nível de satisfação a nível sexual, quer a nível emocional. É conhecido, através dos inúmeros estudos existentes, que a presença de cancro na vida de um indivíduo apresenta um peso enorme e de difícil aceitação e com consequências gigantes na sua qualidade de vida. Assim sendo, a intervenção da Psicologia na área em questão é fundamental uma vez que como principal objetivo se encontra a necessidade de manter o bem-estar psicológico do doente. O homem é deparado com a experiência do cancro e este encontro necessita de novos significados e respostas para esta nova fase para que o indivíduo consiga suportar todo o processo. A importância da investigação relacionada com o presente estudo e com a Psicologia prende-se com o facto da necessidade de conhecimento e compreensão sobre a influência dos fatores cognitivos no homem diagnosticado com cancro da próstata para a criação de estratégias ou para aprimorar as já existentes de forma a conseguir responder às necessidades apresentadas pelo indivíduo.

O aperfeiçoamento da intervenção psicológica/ psicoterapêutica, nomeadamente a terapia sexual ou outras terapias igualmente importantes a aplicar na presente população clínica é fundamental para que o indivíduo obtenha o apoio necessário para ultrapassar todos os seus receios e dificuldades encontradas ao longo do curso da doença, a par e em complementaridade com as abordagens médicas.

4. Conclusão

O cancro da próstata trata-se de um problema mundial, uma vez que é considerado o segundo tipo de cancro mais frequente em todo o mundo, afetando principalmente homens com idade superior aos 65 anos, sendo a idade um fator predisponente, na medida em que o envelhecimento aumenta o risco da existência de cancro da próstata (Kumar, Barqawi, & Crawford, 2004). A sexualidade caracteriza-se por uma dimensão extremamente afetada, quer pela patologia em si, quer pelos tratamentos a que o indivíduo é sujeito, sendo a disfunção erétil uma consequência bastante comum e clinicamente significativa no funcionamento sexual destes homens (Burnett et al., 2018).

Assim sendo, e devido ao facto de não existirem investigações até à data, o presente estudo prendeu-se com o objetivo de compreender até que ponto os fatores cognitivos, nomeadamente as crenças sexuais disfuncionais e os pensamentos automáticos, poderiam ser constituídos como preditores significativos do decréscimo do funcionamento sexual, para além da contribuição das variáveis médicas e biológicas. Ainda que o estudo tenha apresentando como principal limitação o reduzido tamanho da amostra, foi possível verificar a existência de correlação entre algumas dimensões das variáveis avaliadas e o funcionamento sexual, contribuindo os resultados desta dissertação para o encorajamento de novos estudos de forma a acrescentar e aprofundar os conhecimentos acerca desta temática.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se uma correlação negativa e significativa entre a crença do “macho latino” e a dimensão “desejo sexual” do funcionamento sexual, sendo o esperado, uma vez que as crenças sexuais influenciam o comportamento sexual dos sujeitos (Nobre, 2003). Observando os resultados relativos às dimensões dos pensamentos automáticos, concluiu-se que dimensões relacionadas com a antecipação do fracasso, ereção e penetração sexual e escassez de pensamentos eróticos se correlacionaram de forma negativa e significativa com o funcionamento sexual, sendo estes resultados consistentes com os dados obtidos da literatura, onde os pensamentos automáticos influenciam diretamente o comportamento sexual do indivíduo contribuindo para a manutenção da sua disfunção sexual (Carvalho & Nobre, 2011a).

Embora o presente estudo tenha apresentado limitações, já abordadas ao longo desta dissertação, os resultados obtidos podem inspirar a condução de novas investigações com o intuito de compreender a relação entre os fatores cognitivos, como as crenças sexuais e os pensamentos automáticos, no funcionamento sexual de homens diagnosticados com cancro

da próstata. De salientar a importância de uma amostra representativa para que os resultados obtidos se possam extrapolar para a comunidade geral de homens com cancro da próstata.

Tal como a literatura nos demonstra, o presente estudo verificou ainda uma relação estatisticamente significativa entre o funcionamento sexual e a realização de prostatectomia radical, enfatizando novamente a relevância em investigar esta temática, uma vez que a componente emocional do indivíduo se encontra muito frágil e afetada, devido ao diagnóstico em si e às consequências adversas que está a viver, não só a nível geral, mas fundamentalmente ao nível da sua saúde sexual.

A sexualidade é uma componente inerente na vida dos seres humanos e representa uma fatia imensa na vida íntima do homem. Quando o funcionamento sexual se encontra comprometido, consequentemente a sua qualidade de vida irá sofrer um impacto negativo enorme a nível mental e físico, contribuindo para a manutenção da disfunção sexual. Segundo a literatura, a disfunção erétil afeta a saúde do homem e prejudica a sua qualidade de vida, gerando efeitos negativos sobre a sua autoimagem e autoconfiança, elevando os seus níveis de stress e depressão (Galati, Júnior, Delmaschio, & Horta, 2014).

Tendo em conta os níveis elevados apresentados por estes homens relativamente à fragilidade emocional e física assim como a alteração do funcionamento sexual vivenciado, revela-se importante a realização de futuras investigações para o aprofundamento de conhecimento sobre a relação entre os fatores cognitivos, a qualidade de vida e o funcionamento sexual de homens com cancro da próstata. Este facto prende-se com o objetivo de melhorar ou criar novas estratégias de intervenção, quer a nível psicológico quer a nível sexual, para que o funcionamento sexual do homem seja, quando possível, restabelecido, ou notavelmente melhorado, contribuindo assim para o aumento da sua qualidade de vida, condição fundamental na vida de qualquer ser humano.

Referências bibliográficas

- Abdo, C., Bertero, E., Faria, G., Torres, L., & Glina, S. (2007). Disfunção erétil: tratamento com drogas inibidoras da fosfodiesterase tipo 5. *Sociedade Brasileira de Urologia*, 53(2): 95-107
- American Cancer Society, (2007). *Cancer Facts & Figure*, 404, 320-3333. Atlanta
- Bastos, J., Botelho, F., Pina, F., & Lunet N. (2011). Evolução da mortalidade por cancro da próstata em Portugal (1980-2006). *Acta Med Port*, 24: 499-504
- Bokhour, B., Clark, J., Inui, T., Silliman, R., & Talcott, J. (2001). Sexuality after Treatment for Early Prostate Cancer. *J Gen Intern Med*, 16, 649-655.
- Burnett, A., Nehhra, A., Breau, R., Culkin, D., Faraday, M., Hakim, L., et al. (2018). *Erectile Dysfunction: AUA Guideline*. American Urological Association
- Cancro da Próstata: tudo o que precisa de saber. (2007). Sociedade Portuguesa de Oncologia
- Carvalho. J. & Nobre, P. (2011a). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational and medical factors. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 254-262. doi: 10.1080/00224491003605475
- Carvalho, J. & Nobre, P. (2011b). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 754-763. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02156.x
- Chung, E. & Brock, G. (2013). Sexual Rehabilitation and Cancer Survivorship: A State of Art Review of Current Literature and Management Strategies in Male Sexual Dysfunction Among Prostate Cancer Survivors. *J Sex med* 10(1), 102-111. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.03005.x
- Fan, A. (2002). Psychological and psychosocial effects of prostate cancer. *Nursing Standard*. 17, 13, 33-37.

- Galati, M., Junior, E., Delmaschio, A., Horta, A. (2014). Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. *Psico-USF*, 19(2), 243-252
- Hamilton, Z. & Mirza, M. (2014). Post-prostatectomy erectile dysfunction: contemporary approaches from a US perspective. *Res Rep Urol*, 6, 35-41. doi: 10.2147/RRU.S39560
- Hyun, J. (2012). Prostate Cancer and Sexual Function. *World J Mens Health* 30(2): 99-107. <http://dx.doi.org/10.5534/wjmh.2012.30.2.99>
- Izidoro, L., Soares, G., Vieira, T., Orlandi, F., Júnior, A., Oliveira, L., & Napoleão, A. (2019). Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após a prostatectomia radical. *Acta Paul Enferm.* 32(2). 169-77. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900024>
- Klett, E. (2014). A Review of the Psychological and Emotional Issues in Men with Prostate Cancer and their Partners. *Medical Student Research Journal*, 04.
- Kumar, R., Barqawi, A., & Crawford, E. (2004). Epidemiology of Prastate Cancer. Business Briefing: US Oncology Review. DOI: 10.17925/OHR.2005.00.00.1f
- Laja, P. N. (2017). Fatores de Vulnerabilidade Para as Disfunções Sexuais: Preditores Psicológicos e Correlatos Fisiológicos. (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Moyer, V. (2012). Screening for Prostate Cancer: U. S. preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 157(2), 120-134.
- Nobre, P. (2006). Disfunções sexuais. Climepsi Editores, Lisboa
- Nobre, P. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429-1437. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x

- Nobre, P. (2013). Male Sexual Dysfunctions. *Galliard*, 36, 843-871
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction among cognitions, emotions and sexual response. *Journal of Sex Research*, 40, 368-382.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. & Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual & Relationship Therapy*, 18, 171-204
- Nobre, P., Wiegel, M., Bach, A., Weisberg, R., Brown, T., Wincze, J., & Barlow, DH. (2004). Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males. *Journal of Sex Research*, 41, 363-371
- Nunes, P., Pimentel, F., Pina, F., & Rolo, F. (2010). Registo Nacional de Cancro da Próstata, em Portugal – ReNaCaP. *Acta Urológica*, 3: 39-45
- Nunes, P., Rolo, F., & Mota, A. (2004). Prostatectomia radical e actividade sexual. *Acta Urológica*, 21; 1: 15-31
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: Na empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 461-469. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02092.x.
- Pakzad, R., Mohammadian-Hafshejani, A., Ghoncheh, M., Pakzad, I., & Salehiniya, H. (2015). The incidence and mortality of prostate cancer and its relationship with development in Asia. *Asian Pacific Prostate Society*, 135-140.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pnrl.2015.09.001>

- Pascoal, P., Rosa, P., Silva, E., & Nobre, P. (2018). Sexual Beliefs and Sexual Functioning: The Mediating Role of Cognitive Distraction. *International Journal of Sexual Health*, 30(1), 60-71. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1424064>
- Pereira, R., Oliveira, C., & Nobre, P. (2016). Sexual Functioning and Cognitions During Sexual Activity in Men With Genital Pain: A Comparative Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(7), 602-615. DOI: 10.1080/0092623X.2015.1113582
- Quinta Gomes, A. L. (2012). Vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil. Retrieved from Universidade de Aveiro
- Roth, A., Weinberger, M. & Nelson, C. (2008). Prostate cancer: Quality of Life, Psychosocial Implications and Treatments Choices. *Future Oncol.* (4(4): 561-568. Doi:10.2217/14796694.4.4.561.
- Saitz, T., Seregoflu, E., Trost, L., Thomas, R., & Hellstrom, W. (2013). The pre-treatment prevalence and types of sexual dysfunction among patients diagnosed with prostate cancer. *Andrology*, 1, 859-863. doi: 10.1111/j.2047-2927.2013.00137.x
- Wiegel, M., Scepkowski, L.A., & Barlow, D.H. (2003). Cognitive-Affective Processes in Sexual Arousal and Sexual Dysfunction.
- Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality: (ed. rev.)*, Nova Iorque, Bantam.

Anexos

Anexo A

Questionário Sócio-Demográfico (Q1)**I. Dados Pessoais****1. Idade:** anos**2. Estado Civil:** ☐ Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado ☐ ViúvoCaso mantenha uma relação com um companheira/o, há **quanto tempo** dura? anos.**3. Habilitações Literárias:**
☐ 1º Ciclo (até 4ª Classe) ☐ 2º Ciclo (5º e 6º Ano) ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano)
☐ Secundário (10º, 11º e 12º ano) ☐ Licenciatura/Mestrado ☐ Outro
4. Problemas psiquiátricos (anteriores ou actuais) diagnosticados por médico ou psicólogo:☐ Depressão ☐ Ansiedade ☐ Outro: , ,**II. Situação sexual****1. Orientação Sexual:**☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual**2. Número de parceiros sexuais actuais:**☐ Nenhum ☐ Um parceiro sexual ☐ Dois parceiros sexuais ☐ Múltiplos parceiros sexuais**3. Frequência de actividade sexual (qualquer prática sexual):**
☐ Nenhuma ☐ Raramente ☐ 1 vez por mês ☐ 2/3 vezes por mês
☐ 1/3 vezes por semana ☐ Quase sempre
4. Considera que tem algum tipo de dificuldade/problema sexual?☐ Sim ☐ Não **Qual:**☐ Falta de desejo sexual☐ Dificuldade em atingir o orgasmo ☐ Ejaculação rápida☐ Dificuldades em ter ou manter a erecção**4.1. Há quanto tempo** duram as dificuldades sexuais? meses.**4.2. Alguma vez procurou ajuda** para as dificuldades sexuais (ex: Viagra, Terapia Sexual)?☐ Sim ☐ Não Qual? , ,

5. Considera que a sua companheira actual apresenta algum tipo de dificuldade/problema sexual?

☐ Sim ☐ Não Qual?

☐ Falta de desejo sexual/dificuldades na excitação sexual

☐ Dificuldade em atingir o orgasmo ☐

Dor durante a actividade sexual

5.1. Há quanto tempo duram estas dificuldades sexuais?meses.

5.2. Alguma vez a sua companheira procurou ajuda para as dificuldades sexuais?

☐ Não

Qual?

☐ Sim

6. Em que medida se sente satisfeito com a relação afectiva que tem com a sua companheira?

Nada satisfeito

Extremamente satisfeito

1

2

3

4

5

6

7

7. Em que medida se sente satisfeito com a sua vida sexual actual?

Nada satisfeito

Extremamente satisfeito

1

2

3

4

5

6

7

III. Estilo de Vida & História Médica

1. É consumidor de:

1.1. Tabaco: ☐ Sim ☐ Não Quantidade por dia:

1.2. Álcool: ☐ Sim ☐ Não Quantidade por dia:

1.3. Outras drogas (haxixe, cocaína, etc): ☐ Sim ☐ Não Qual: Quantidade/dia:

2. Apresenta alguma das seguintes condições médicas ou toma algum tipo de medicação para:

☐ Tensão Arterial Elevada

☐ Deficiência de Hormonas

☐ Ansiedade

☐ Diabetes

☐ Problemas Urológicos

☐ Depressão

☐ Colesterol

☐ Acidente Vascular Cerebral

☐ Outros:

☐ Problemas Cardíacos ☐

Doença Neurológica

☐ Cancro

☐ Problemas na Coluna

Medicação actual:

3. Há quanto tempo foi diagnosticado com cancro da próstata?anos.

4. Que tratamentos já realizou?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vigilância | <input type="checkbox"/> Hormonoterapia |
| <input type="checkbox"/> Braquiterapia (colocação de “sementes”) | <input type="checkbox"/> Orquidectomia subalbugínea (remoção células testículos que produzem testosterona) |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Prostatectomia |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Fármacos |
| <input type="checkbox"/> Crioterapia | <input type="checkbox"/> Outro |

5. Recebe ou recebeu apoio psicológico para esta situação?

☐ Sim ☐ Não Onde?

5.1. Em caso negativo, gostaria de receber? ☐ Sim ☐ Não ☐ Indiferente

6. Em que medida se sente satisfeito com o acompanhamento médico que tem recebido?

Nada satisfeito						Extremamente satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

9. Em que medida considera que esta cirurgia irá afectar a sua vida sexual?

Afectar negativamente						Afectar positivamente
1	2	3	4	5	6	7

10. Quais os riscos inerentes deste tipo de cirurgia (informação dada pelo o médico)?

☐ Dificuldades sexuais ☐ Incontinência ☐ Dor ☐ Outros. Quais?.....

11. Qual a sua motivação para retomar a actividade sexual após a cirurgia?

Pouco motivado						Muito motivado
1	2	3	4	5	6	7

Anexo B

QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS
(QCSD - versão masculina; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. Para cada uma das afirmações, faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância com a mesma (1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente). Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

CRENÇAS	Discordo com a afirmação				
	1	2	3	4	5
1. "Um verdadeiro homem" tem relações sexuais com grande frequência	1	2	3	4	5
2. O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	1	2	3	4	5
3. A erecção do pénis é essencial para a satisfação sexual da mulher	1	2	3	4	5
4. A homossexualidade é uma doença	1	2	3	4	5
5. A mulher não tem outra hipótese senão subjugar-se sexualmente ao poder do homem	1	2	3	4	5
6. "Um verdadeiro homem" deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	1	2	3	4	5
7. A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando este não consegue a erecção durante o acto sexual	1	2	3	4	5
8. A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	1	2	3	4	5
9. A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	1	2	3	4	5
10. O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	1	2	3	4	5
11. As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	1	2	3	4	5
12. As mulheres só ligam a homens jovens e bonitos	1	2	3	4	5
13. É errado ter fantasias eróticas durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
14. Existem certas regras universais acerca do que é normal durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
15. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
16. Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	1	2	3	4	5
17. No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	1	2	3	4	5
18. Numa relação tudo o que vai para além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	1	2	3	4	5
19. O corpo da mulher é a sua maior arma	1	2	3	4	5
20. A mulher pode deixar de amar um homem pelo facto deste não ser capaz de a satisfazer sexualmente	1	2	3	4	5
21. O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
22. O que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis	1	2	3	4	5
23. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
24. Os preliminares sexuais são uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
26. No sexo, quanto mais rápido melhor	1	2	3	4	5
27. Quem não controla os seus desejos sexuais é abusado pelos outros	1	2	3	4	5
28. "Um verdadeiro homem" está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	1	2	3	4	5
29. Se o homem se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos da parceira	1	2	3	4	5
30. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
31. Os homens devem ser capazes de manter o pénis erecto e rijo até ao final de uma relação sexual	1	2	3	4	5
32. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
33. Ter relações sexuais antes do casamento é um pecado	1	2	3	4	5
34. O sexo é uma violação do corpo da mulher	1	2	3	4	5
35. Um homem que não satisfaça sexualmente a mulher é um fracassado	1	2	3	4	5
36. Um verdadeiro homem deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	1	2	3	4	5
37. O sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	1	2	3	4	5
38. Um verdadeiro homem não necessita de muita estimulação para atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
39. Uma mulher no seu auge sexual faz dos homens tudo o que quer	1	2	3	4	5
40. Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional	1	2	3	4	5

Anexo C

QUESTIONÁRIO DE MODOS SEXUAIS (QMS - versão masculina; Nobre & Pinto-Gouveia, 2002)

O quadro que se segue contém um conjunto de pensamentos que podem surgir ou não durante a sua actividade sexual. Na primeira coluna pede-se que indique a frequência com que estes **pensamentos** ocorrem durante os seus actos sexuais. Na segunda coluna pede-se que indique o tipo de **sentimento** que surge com maior frequência sempre que apresenta o pensamento anteriormente referido. Na terceira coluna pede-se que indique a intensidade da sua **resposta sexual** habitual (desejo, excitação) perante esse pensamento e sentimento.

Exemplo: Imagine que o pensamento "Fazer amor é maravilhoso" ocorre muitas vezes durante a sua actividade sexual e que quando esta ideia surge tem um sentimento de prazer com uma intensidade elevada e sente um enorme desejo e excitação sexual. Neste caso a sua resposta deveria ser:

PENSAMENTOS						SENTIMENTOS										RESPOSTA SEXUAL									
TIPO DE PENSAMENTOS					FREQUÊNCIA					TIPO DE SENTIMENTOS										INTENSIDADE					
					Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	Preocupação	Tristeza	Desilusão	Medo	Culpa	Vergonha	Irritação	Mágoa	Prazer	Satisfação	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta	
PENSAMENTOS										SENTIMENTOS															
Fazer amor é maravilhoso					1	2	3	4	5												1	2	3	4	5
TIPO DE PENSAMENTOS					FREQUÊNCIA					TIPO DE SENTIMENTOS										INTENSIDADE					
					Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	Preocupação	Tristeza	Desilusão	Medo	Culpa	Vergonha	Irritação	Mágoa	Prazer	Satisfação	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta	
1.	Assim mais vale morrer				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
2.	Desta vez não posso desiludir a minha parceira				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
3.	Ela ainda me troca por outro				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
4.	Estou condenado ao fracasso				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
5.	Tenho que conseguir a penetração				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
6.	Isto já não vai a lado nenhum				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
7.	Não estou a conseguir satisfaze-la				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
8.	Não posso falhar a erecção				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
9.	Não estou a conseguir penetrar a minha parceira				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
10.	O pénis não está a reagir				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
11.	Porque será que isto não está a funcionar?				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
12.	Se ao menos isto aguentasse				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
13.	O que é que ela está a pensar de mim				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
14.	Estes movimentos e posições são fabulosos				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
15.	Se os outros sabem que eu não consigo...				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
16.	Se voltar a falhar estou perdido				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
17.	Sou o homem mais feliz do mundo				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
18.	Isto está a deixar-me completamente nas nuvens				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
19.	Se não me satisfaço já, posso não o conseguir depois				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
20.	Ela não está a ser carinhosa como costuma				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
21.	Ela já não gosta do meu corpo				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
22.	Estou a ficar velho				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
23.	Isto é nojento e repugnante				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
24.	Esta forma de fazer sexo não está correcta				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
25.	Se lhe digo o que me apetece deixa de ser natural				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
26.	Ela está a ficar louca				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
27.	Tenho que mostrar a minha virilidade				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
28.	Nunca mais vai ser como dantes				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	
29.	Se falho a erecção é uma vergonha				1	2	3	4	5											1	2	3	4	5	

Anexo D

ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL (IIEF; Rosen et al., 1997, traduzido e adaptado por Pedro Nobre, 2001)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive actividade sexual
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tentei
- ☐ 1-Uma a duas tentativas
- ☐ 2-Três a quatro tentativas
- ☐ 3-Cinco a seis tentativas
- ☐ 4-Sete a dez tentativas
- ☐ 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes
- ☐ 3-Algumas vezes
- ☐ 4-A maior parte das vezes
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- ☐ 1-Muito baixo/nenhum
- ☐ 2-Baixo
- ☐ 3-Moderado
- ☐ 4-Elevado
- ☐ 5-Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ?

- ☐ 1-Muito baixa
- ☐ 2-Baixa
- ☐ 3-Moderada
- ☐ 4-Elevada
- ☐ 5-Muito elevada

16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

Anexo E

**ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE DISFUNÇÕES SEXUAIS
- Confirmação de Diagnóstico -**

(baseada em Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992; Tradução e Adaptação de P.
Nobre, A. Carvalheira, & L. Fonseca, 2003)

SDI- CD

**VERSÃO MASCULINA
(mini)**

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: _____

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

BREVE DESCRIÇÃO DAS DIFICULDADES ACTUAIS

FREQUÊNCIA DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS

1. Com que frequência se envolve em actividade sexual (coito) com o seu parceiro? _____ (mês)
2. Com que frequência se envolve em carícias / estimulação sem coito? _____ (mês)
3. Com que frequência se masturba? _____ (mês)

DISFUNÇÕES SEXUAIS

I. PERTURBAÇÕES DO DESEJO SEXUAL*

1. Como descreveria o seu interesse pela actividade sexual? (muito alto/alto/médio/baixo/muito baixo)

1.1. O seu interesse mudou, ou é idêntico ao que sempre foi? (maior / igual / menor)

Caso o interesse seja considerado adequado, passar à secção seguinte

1.2. Há quanto tempo se sente assim? _____ meses

1.3. Se ocorreu alguma mudança, o que é que esteve associado ou o que é que causou essa mudança? (marcar todos os que se apliquem)

- ☐ 1. Stress pessoal / problemas emocionais
- ☐ 2. Doença
- ☐ 3. Problemas maritais / relacionais
- ☐ 4. Stress no parceiro / problemas emocionais
- ☐ 5. Problemas sexuais
- ☐ 6. Medicação / doença física
- ☐ 7. Gravidez / nascimento de filho

2. Tem fantasias sexuais?

- 1. Durante o coito? _____ sim _____ não
- 2. Durante a masturbação? _____ sim _____ não
- 3. Número de fantasias / sonhos acordados num dia típico _____
- 4. Com que frequência usa material sexualmente explícito (revistas, vídeos, internet)?
_____ (mês)

3. Existem alturas e situações em que tem um forte interesse /desejo sexual? (sim / não)

3.1. (se o doente se envolve em actividade sexual) Sente desejo sexual quando começa a envolver-se na actividade sexual? (muito alto/alto/médio/baixo/muito baixo)

Se o doente está deprimido ou tem outro problema médico ou psicológico que possa estar relacionado com o seu funcionamento sexual, PERGUNTE:

4. O seu interesse / desejo sexual era baixo antes dos seus problemas (depressão / médicos / medicação / psicológicos) terem iniciado ? (sim / não)

5. De que forma o seu baixo interesse pela actividade sexual tem afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

6. Qual o seu grau de desconforto (mal estar) com a situação? (pouco /algum / muito)

Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo CL____(0-8)
Critério A: Persistente ou recorrente deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo sexual_(0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal _____(0-8)
Critério C: Pode o baixo desejo sexual ser melhor explicado por outra perturbação do Eixo I? Não Sim ____

II. DISFUNÇÃO ERÉCTIL NO HOMEM

1. Tem tido dificuldades em atingir a erecção? (sim / não)
1.1. Qual a % de ocasiões em que isto tem acontecido? _____(0-100%)
2. Tem tido dificuldades em manter a erecção? (sim / não)
2.1. Qual a % de ocasiões em que isto tem acontecido? _____(0-100%)

Caso a resposta às duas questões seja negativa, passar à secção seguinte

3. Utilizando uma escala de 0 a 100, em que 0 indica ausência de erecção e 100 corresponde a uma erecção completa...
5.1. Que percentagem de erecção obtém habitualmente? _____(0 – 100%)
5.2. Que percentagem descreve a melhor erecção que consegue obter? _____(0 – 100%)
4. Em que momento perde habitualmente a sua erecção? (Marcar a resposta mais adequada)
 - ☐ 1. Erecção parcial; incapaz de atingir uma erecção suficiente para a penetração
 - ☐ 2. Perde a erecção durante os preliminares (antes de tentar a penetração)
 - ☐ 3. Perde a erecção quando tenta a penetração ou mesmo antes de a tentar
 - ☐ 4. Perde a erecção durante a penetração, mas antes da ejaculação / orgasmo
 - ☐ 5. Perde a erecção depois da ejaculação (considerar: ejaculação prematura)
 - ☐ 6. A erecção aumenta e diminui durante a penetração mas não se perde completamente
5. Tem tido problemas em obter ou manter a erecção durante a masturbação? (sim / não)
6. Tem tido erecções matinais (ou erecções enquanto dorme)? (sim / não)
7. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito) _____
8. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito)* _____

Disfunção Eréctil no Homem

CL____(0-8)

Critério A: Incapacidade para obter ou manter uma adequada erecção

____(0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal

____(0-8)

Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim ____

IV. EJACULAÇÃO PREMATURA

1. Alguma vez teve problemas em ejacular /vir-se antes de estar preparado? (sim / não)
 - 1.1. Percentagem de ocasiões em que isto acontece: _____(0 – 100%)
2. Considera isso um problema? (sim / não) _____

Caso as respostas às duas questões seja negativa, passar à secção seguinte

3. Habitualmente, em que momento ejacula? (indique tudo o que se aplique)
 - ☐ 1. Estimulação visual ou tocar através da roupa é suficiente
 - ☐ 2. Durante estimulação manual pela parceira/o
 - ☐ 3. Durante estimulação oral pela parceira/o
 - ☐ 4. Durante ou logo após a penetração
 - ☐ 5. Durante o coito
 - ☐ 6. Outra
4. Por vezes ejacula antes da penetração, quando não o deseja? (sim / não)
5. Quanto tempo demora a atingir a ejaculação:
 - 6.1 Durante a relação sexual com um(a) parceira _____ minutos
 - 6.2 Durante a masturbação _____ minutos
6. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

7. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito) *

* Ejaculação Prematura	CL____(0-8)
Critério A: Ejaculação com estimulação sexual mínima, antes ou logo após a penetração	____(0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal	____(0-8)
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim	_____

V. PERTURBAÇÃO DO ORGASMO

1. Tem tido dificuldades em atingir o orgasmo durante a actividade sexual? (sim / não)

Caso a resposta seja negativa, passar à secção seguinte

2. Em que situações tem ocorrido habitualmente esta dificuldade?

Actividade	Ocorrência do problema	Tempo até a ejaculação (em minutos)	% em que o doente não consegue ejacular
1. Masturbação	Sim Não		
2. Coito	Sim Não		
3. Estimulação oral	Sim Não		
4. Estimulação manual	Sim Não		
5. Outra	Sim Não		

3. Há quanto tempo começaram as dificuldades? _____ meses

4. Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades: (marcar todos)

- ☐ 1. Cirurgia da próstata ou radiação para tratamento de cancro da próstata
- ☐ 2. Stress pessoal / Problemas emocionais
- ☐ 3. Doença
- ☐ 4. Problemas maritais / relacionais
- ☐ 5. Stress na parceira/o / problemas emocionais / doença na parceira/o
- ☐ 6. Problemas sexuais
- ☐ 7. Medicação
- ☐ 8. Parceiro novo
- ☐ 9. Mudança no padrão de comportamento sexual (por exemplo: estar habituado a múltiplos parceiros e agora ter apenas um parceiro)
- ☐ 10. Outro _____

5. Acha que recebe quantidade adequada de estimulação sexual nas ocasiões em que sente dificuldades em atingir o orgasmo durante a actividade sexual com um parceiro? (sim / não)

6. Considera que está subjectivamente excitado quando apresenta esta dificuldade? (sim / não)

7. Atinge o orgasmo? (sim / não)

8. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito) _____

9. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito) * _____

* Perturbação do Orgasmo no Homem CL____(0-8)

Critério A: Atraso ou ausência de orgasmo após uma fase de excitação normal _____(0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal _____(0-8)

Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim _____

DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Diagnóstico Principal

Perturbação do desejo	Perturbação da excitação	Perturbação do orgasmo	Perturbação de dor
<input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 1

Perturbação do desejo	Perturbação da excitação	Perturbação do orgasmo	Perturbação de dor
<input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 2

Perturbação do desejo	Perturbação da excitação	Perturbação do orgasmo	Perturbação de dor
<input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 3

Perturbação do desejo	Perturbação da excitação	Perturbação do orgasmo	Perturbação de dor
<input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 4

Perturbação do desejo	Perturbação da excitação	Perturbação do orgasmo	Perturbação de dor
<input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

OUTROS DIAGNÓSTICOS

EIXO I _____

EIXO II: _____

EIXO III: _____

EIXO IV: _____ (agudo) _____ (crónico)

EIXO V: _____ (actual) _____ (ano passado)

Anexo F

Consentimento Informado

O estudo no qual irá participar faz parte de um projecto de investigação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia – Área Intervenção Psicológica, Educação e Desenvolvimento Humano, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, e destina-se a avaliar o papel das dimensões psicológicas na recuperação do funcionamento sexual masculino em homens diagnosticados com cancro da próstata, sujeitos a prostatectomia radical (cirurgia), a outro tipo de tratamento ou que se encontrem sob vigilância. Este estudo está a ser realizado pela aluna Margarida Vanessa Almeida Rodrigues e tem como orientador principal o Professor Doutor Pedro Nobre e como co-orientadora a Professora Doutora Ana Luísa Quinta Gomes, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A participação neste estudo decorrerá num momento único. Será realizada uma breve entrevista com a Investigadora onde lhe serão colocadas algumas questões relacionadas com a sua saúde e bem-estar geral. Ser-lhe-á igualmente pedido que preencha alguns **questionários**, de forma autónoma e individual, assegurando que não deixa nenhuma questão por responder (tempo de preenchimento de aproximadamente 25 minutos). No final, deverá colocar os questionários no **envelope** que lhe foi destinado e entregá-lo **fechado** à Investigadora.

As respostas aos questionários são **anónimas** e servem apenas para fins estatísticos. No final do estudo os dados serão totalmente destruídos. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, caso seja esse o seu desejo. **Para qualquer esclarecimento adicional ou para conhecer os resultados da investigação, poderá contactar a Investigadora através do seguinte contacto: up201406746@fpce.up.pt. Na eventualidade da sua participação neste estudo se associar a algum tipo de mal-estar, poderá usufruir de apoio psicológico gratuito, disponibilizado por um dos membros da equipa de investigação, se o desejar.**

Por favor, **não coloque** o seu nome ou outro dado que o identifique em qualquer parte dos questionários. Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

Confirmo que tenho mais de 18 anos e que estou de acordo em participar no presente estudo. Foi-me dada uma explicação integral acerca da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspectos que me pareçam pertinentes. Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo, e que a minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Aceito participar neste estudo: ☐ Sim ☐ Não

Data: